……
(Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pan/Pani……

zam……

świadomie i z własnej woli podjął/podjęła decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

…….
(podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie
W domu pomocy społecznej)

……
(data, podpis i pieczęć lekarza)