

 **Warszawa, dn. 2025 r.**

Dotyczy:

Pacjent:

PESEL:

ul.

Kod: miejscowość:

**Zaświadczenie**

Niniejszym zaświadczam, iż na Pacjentkę …… ……….., ur. r., oczekuje miejsce na całodobowym, 5-tygodniowym turnusie terapeutycznym intensywnego leczenia zaburzeń odżywiania w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Odżywiania Odżywiania „Otulenie”, ul. Złoczowska 13, 03-972 Warszawa. Leczenie obejmuje m.in. psychoterapię indywidualną (2x tyg), grupową (2xtyg), rodzinną, warsztaty regulacji emocji, obrazu ciała, pracę z ciałem, opiekę dietetyka, lekarza psychiatry, pediatry, pielęgniarską.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Rodzica Pacjentki celem okazania Zespołowi Leczącemu.