

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że pacjent/pacjentka

Zamieszkały/a

ze względu na długotrwałą chorobę wymaga:

1. specjalnej diety
2. leków, których koszt stanowi znaczny wydatek
3. dojazdów do placówek służby zdrowia
4. zabiegów medyczo rehabilitacyjnych
5. środków higieniczno – opatrunkowych i artykułów sanitarnych
6.

Proszę wskazać okoliczność(okoliczności) zachodzącą w konkretnym przypadku w razie wystąpienia innych okoliczności nie wymienionych w punktach 1-5.

Zaświadczenie wydaje się na okres

.....
pieczęć i podpis lekarza