

.....
(pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że pacjent/pacjentka.....
zamieszkały/a
ze względu na długotrwałą chorobę wymaga stosowania:

1. specjalnej diety
2. stałego zażywania leków
3. dojazdów do placówek służby zdrowia
4. zabiegów medyczno-rehabilitacyjnych
5. środków higieniczno-opatrunkowych i artykułów sanitarnych
6. czy ponosi zwiększone koszty leczenia TAK / NIE *
7. zdolna/y, niezdolna/y do podjęcia pracy – przez jaki okres
.....
8.
9.
(proszę wskazać okoliczności zachodzące w konkretnym przypadku w razie wystąpienia innych okoliczności nie wymienionych w punktach 1-5)

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć i podpis lekarza)