

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 medyczno - 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

pieczęć i podpis lekarza