

m.p.

.....
(miejsowość, 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 medyczno- rehabilitacyjnych
5. Środków higieniczno-opatrunkowych i artykułów sanitarnych
6.

.....
Proszę wskazać okoliczność / okoliczności/ zachodzące w konkretnym przypadku w razie wystąpienia innych okoliczności i nie wymienionych w punktach 1-5

.....
Pieczęć i podpis lekarza