………………………………………………………

 pieczątka placówki medycznej

 ……………………………………………………….

miejscowość, 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. Długotrwałej, kosztownej rehabilitacji
6. …………………………………………………………………….…

(proszę wskazać inne okoliczności, jeśli zachodzą)

…………………………………………………….…………………

pieczęć i podpis lekarza

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

………………………………………………………

 pieczątka placówki medycznej

 ……………………………………………………….

miejscowość, 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. Długotrwałej, kosztownej rehabilitacji
6. …………………………………………………………………….…

(proszę wskazać inne okoliczności, jeśli zachodzą

………………………………………………………………………

pieczęć i podpis lekarza