

..... dn.
(pieczęć nagłówkowa)

Zaświadczenie

Zaświadczam, że Pan/Pani
(imię i nazwisko)

Ur.

zam.

wymaga leczenia z powodu
.....

Jest to choroba wymagająca:

1. Stosowania następujących leków:

Nazwa leku:	Ilość zażywania leków w skali 1miesiąca:	Koszt wymienionych leków:
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....

2. Stosowania środków higieniczno – opatrunkowych i artykułów sanitarnych

.....
(proszę wymienić rodzaj i ilość w skali miesiąca)

3. Dojazd do placówek służby zdrowia – TAK / NIE

.....
(jeśli tak, to proszę podać dokąd oraz jak często)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)