

.....
.....

.....
miejscowość, dnia

.....
Nazwa poradni/przychodni/lekarz

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Zamieszkała/(y):
.....

Rozpoznanie** :
.....
.....

Choroba: ☐ przewlekła

☐ wymagająca długiego leczenia

☐ wymagająca stałej opieki specjalistycznej

Cel wydania zaświadczenia: Dla zakładu pracy.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza

** w zaświadczeniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczone rozpoznania stanowiłyby naruszenie tajemnicy zawodowej