



*Pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że Pan/i wymaga / nie wymaga*
skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego / Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego*.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

** Niepotrzebne skreślić.*

Dołączyć wykaz leków i dawkowanie pobieranych przez chorego na stałe.