

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY*

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie lekarskie:

.....
.....
.....

2. Choroby współistniejące

.....
.....
.....

3. Informacja o występujących zaburzeniach psychicznych i/lub neurologicznych:

.....
.....
.....

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....
.....
.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*Specjalista: psychiatra lub neurolog