

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA POZ

Imię i nazwisko pacjenta

.....

PESEL

.....

W/W pacjent choruje na następujące schorzenia:

.....

.....

.....

.....

.....

Zdolność do samoobsługi:

- samodzielny
- wymaga niewielkiej pomocy
- niesamodzielny

Przyjmuje następujące leki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
/ pieczętka i podpis lekarza/