

pieczęć przychodni

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL

Nazwa i nr dowodu tożsamości *

Zamieszkały(a).....

Rozpoznanie**

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych

**W zaświadczeniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby,
jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne,
bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

Mz/L-1a