

.....
(miejscowość)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące pełnienia opieki nad chorym w domu

Pan (i)

Data urodzenia

Zamieszkały (ła)

Rozpoznanie choroby

.....

.....

.....

celem zapewnienia opieki higieniczno- sanitarnej oraz pielęgnacji polegającej na:

.....

.....

.....

w okresie od do

.....
(podpis i pieczętka lekarza)