

Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

.....  
Miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
Potwierdzające konieczność świadczenia usług sąsiedzkich

Nazwisko i imię chorego ..... data urodzenia .....

Adres chorego .....

Rozpoznanie lekarskie po polsku .....

.....

.....

Czy konieczna opieka w postaci usług sąsiedzkich.....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza