Bełchatów, dnia……..

……..
(pieczęć przychodni, zakładu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające konieczność korzystania
ze specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych przez fizjoterapeutę

Imię i nazwisko pacjenta:

…….. Wiek: …… lat

Adres zamieszkania:

……

Diagnoza – rozpoznanie(w języku polskim): ……

……

Rodzaj i zakres zabiegów fizjoterapeutycznych: ……

……

……

……
(pieczęć i podpis lekarza)