………………, dnia ……………...20…..r.

Miejscowość

*ważność 30 dni od daty wystawienia*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię ……………………………………………………….……………..……….

Data urodzenia ……………………………………PESEL…………………………….….….

Nazwa i nr dowodu tożsamości 1) ……………………………………………………….……

Zamieszkały (a) …………………………………………………………………….………….

Rozpoznanie 2) …………………………………………………………………………………

…………………………………………….……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………….……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

Cel wydania zaświadczenia ……………………………………………………………………

…………….…………..…………………….

Podpis i pieczęć lekarza psychiatry albo imię

i nazwisko lekarza psychiatry, jego podpis oraz numer

prawa wykonywania zawodu

1) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych

2) 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.

**UWAGA!!!**

Druk zaświadczenia lekarskiego zawierający informacje dotyczące dotychczasowego i aktualnego leczenia psychiatrycznego należy wypełnić, jeżeli skierowanie do SP PZOL w Celejowie wypełnił lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, nie będący lekarzem psychiatrą.