

....., dnia .....20.....r.  
Miejscowość

*ważność 30 dni od daty wystawienia*

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

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

Nazwa i nr dowodu tożsamości <sup>1)</sup> .....

Zamieszkały (a) .....

Rozpoznanie <sup>2)</sup> .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.