……
(miejscowość i data)

m.p.
-- --

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że pacjent/pacjentka ……..
zamieszkały/a …….
ze względu na długotrwałą chorobę wymaga:

1. Specjalnej diety
2. Leków, których koszt stanowi znaczny wydatek
3. Dojazdów do placówek służby zdrowia
4. Zabiegów medyczno – rehabilitacyjnych
5. Środków higieniczno – opatrunkowych i artykułów sanitarnych
6.……

Proszę w pkt 6 wskazać inne okoliczności zachodzące w konkretnym przypadku w razie wystąpienia okoliczności nie wymienionych w pkt 1-5.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

……
(pieczęć i podpis lekarza)