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)