

*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE POTWIERDZAJĄCE DŁUGOTRWAŁĄ LUB CIĘŻKĄ CHOROBE**

**IMIĘ, NAZWISKO:** ..... **WIEK** .....

**ADRES ZAMIESZKANIA:** .....

**ROZPOZNANIE**

**WYSTĘPUJĄCE CZYNNIKI CHOROBOWE WPŁYWAJĄCE NA PROBLEMY W PODJĘCIU ZATRUDNIENIA**

**DŁUGOTRWAŁA LUB CIĘŻKA CHOROBA POWODUJE KONIECZNOŚĆ:**

1. Stosowania specjalnej diety: .....
2. Zażywania Leków, których koszt stanowi znaczny wydatek: .....  
(przewidywany koszt)
3. Stosowania zabiegów medyczno- rehabilitacyjnych: .....  
..... (jakie zabiegi oraz przewidywany koszt)
4. Stosowania środków higieniczno-opatrunkowych i artykułów sanitarnych: .....  
..... (jakie środki oraz przewidywany koszt)
5. Dojazdów do placówek służby zdrowia: .....  
..... (gdzie – do jakich miejscowości oraz jak często)
6. Wykaz konsultacji specjalistycznych: .....  
..... (rodzaj, miejscowość, częstotliwość)
7. Używany sprzęt rehabilitacyjny i potrzeby w tym zakresie: .....
8. Inne okoliczności zachodzące w konkretnym przypadku, a nie uwzględnione w punktach 1-7: .....
9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie(data) : .....

**Zaświadczenie będzie uwzględniane przez okres 1 roku od daty jego wystawienia.**

Miejscowość: .....

Data: .....

*Podpis i pieczęć lekarza*