

POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:

Letní pobyt 18. 7. - 26. 7. 2015

Lázeňský pobyt 1. 11. - 8. 11. 2015

Prosíme ošetřujícího lékaře o laskavé prominutí poplatku za lékařské potvrzení a zanesení údajů **HŮLKOVÝM PÍSMEM**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ :

DATUM NAROZENÍ :

ČÍSLO ZDRAV POJIŠŤOVNY :

STRUČNÁ DIAGNÓZA :

.....

.....

KREVŇÍ TLAK :

EPILEPSIE : ANO x NE

ALERGICKÁ ONEMOCNĚNÍ : ANO x NE Pokud ano, jaká?.....

.....

.....

LÉKY, KTERÉ PACIENT :

PRAVIDELNĚ UŽÍVÁ

.....

.....

.....

DOPORUČENÍ LÉKAŘE PRO :

REHABILITAČNÍ POBYT

.....

.....

.....
(razítko a podpis ošetřující lékaře)