

pieczęć nagłówkowa  
przychodni

dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(do zasiłku okresowego)

1. Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

2. Adres \_\_\_\_\_

3. Rozpoznanie \_\_\_\_\_

4. Przewidywany okres leczenia wymagający zwiększonych wydatków \_\_\_\_\_

W/w z powodu długotrwałej choroby bądź niepełnosprawności ponosi dodatkowe koszty z powodu :

- specjalnej diety
- dojazdu do placówek służby zdrowia
- zabiegów medyczo – rehabilitacyjnych
- środków higieniczno – opatrunkowych i sanitarnych
- zakup leków
- innego powodu (jakiego?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć lekarza)