

.....
Pieczęć zakładu kierującego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza
albo imię i nazwisko lekarza, jego podpis
oraz numer prawa wykonywania zawodu

* Niepotrzebne skreślić.