

.....
Pieczęć nagłówkowa
podmiotu leczniczego

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Kieruję na rehabilitację Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

Pesel

Adres zamieszkania

Choroba podstawowa

kod ICD-10 choroby podstawowej

Choroby współistniejące

kod ICD-10 choroby(ób) współistniejącej(ych)

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza