

# **POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:**

***Pobyt „TŘEBOŇ 2017“ 2. 9. - 8. 9. 2017***

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 : .....

.....

.....

KREVNÍ 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)**