

Miejscowość

Data

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

.....

Oświadczam, iż odstąpiono od diagnostyki onkologicznej*
/zakończono leczenie onkologiczne przyczynowe*
/pacjent nie kwalifikuje się do leczenia onkologicznego przyczynowego*

*wypełnia specjalista onkolog lub inny lekarz na podstawie konsultacji onkologa/kart inf. leczenia szpitalnego;
niepotrzebne skreślić

Oświadczam, iż zakończono leczenie neurologiczne przyczynowe.
Rokowanie przeżycia < 6 miesięcy, > 6 miesięcy, wskazania do NIV, PEG, inne trudne do
opanowania w warunkach domowych objawy **

**w przypadku chorób neurologicznych wypełnia lekarza specjalista neurologii lub inny lekarz na podstawie
konsultacji neurologa/kart inf. leczenia szpitalnego; niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

