
INFORMACJA O CZASIE I PRZEBIEGU LECZENIA

ZALECENIA DO PRACY Z DZIECKIEM / UCZNIEM

Pole wymagane wyłącznie w przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień — jeżeli zalecenia zostały wydane przez osobę udzielającą świadczenie zdrowotne.

DANE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE

Specjalizacja / rodzaj lekarza (zaznaczyć właściwe):

lekarz specjalista (specjalizacja: _____)

lekarz w trakcie specjalizacji (specjalizacja: _____)

Placówka medyczna / praktyka _____

Adres placówki _____

(pieczętka i podpis lekarza)