Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia
Lekarska SPZOZ w Świnoujściu
72-600 Świnoujście, ul. Kapitańska 3
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
Umowa nr 16-00-02481-22-03/02
V część kodu res. 01, VII część kodu res. 022, VIII część kodu res. 1
REGON:810079240
tel. 600 322 955

Świnoujście, dnia 19.07 2022 r.
(pieczęć i podpis lekarza) (miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię: GABIERA Krzysztof

Data urodz. 28.01.1957 PESEL

Nazwa i nr dowodu tożsamości*

Zamieszkały(a) Świnoujście Bartolego 16/33

Rozpoznanie** Komunikowany pacjentem i podjęte lecznie. Jak. F06.6.

Rokowanie niepewne ze względu na organiczne podłoże zaburzeń.

Cel wydania zaświadczenia

(pieczęć i podpis lekarza)

* Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.
** W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

MZ/L-1. z. 286/2002 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl