

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_, zaświadczam, że po badaniu pacjenta \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko)

data urodzenia: \_\_\_\_\_ wiek: \_\_\_\_\_

stwierdzam konieczność stosowania niżej wymienionych dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego (Dyrektywa Unii Europejskiej 1999/21/EC):

---

---

---

---

---

---

Pacjent stosuje specjalną dietę z powodu rzadkiej choroby metabolicznej i musi przyjmować przepisane środki spożywcze codziennie. Pacjent podróżuje z dokładnie wyliczoną ilością preparatu, która jest niezbędna do zapewnienia mu odpowiedniej diety na czas podróży do \_\_\_\_\_ (nazwa kraju).

Data: \_\_\_\_\_

Podpis lekarza: \_\_\_\_\_

Pieczęć lekarza: