

ZAŚWIADCZENIE O ZAKOŃCZENIU LECZENIA I REHABILITACJI

Dane osobowe ubezpieczonego:

imiona:

nazwisko:

data urodzenia:

dzień
miesiąc
rok

PYTANIA	ODPOWIEDZI
Prosimy podać rozpoznanie w języku polskim.	
Prosimy podać datę zaistnienia wypadku, urazu.	
Prosimy podać okres zwolnienia lekarskiego:	od do
Czy leczenie z uwzględnieniem rehabilitacji zostało zakończone? a) Jeśli Tak, prosimy podać datę zakończenia leczenia i rehabilitacji. b) Jeśli Nie, prosimy podać przewidywany termin jego zakończenia.	<input type="checkbox"/> TAK a) <input type="checkbox"/> NIE b)

_____ data

_____ miejscowość

_____ podpis lekarza prowadzącego