**POTVRDENIE O CHOROBE POTVRDENIE O CHOROBE**

 **Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **bol ošetrený na našej ambulancii dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bol ošetrený na našej ambulancii dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **predpokladaná doba ochorenia je do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ predpokladaná doba ochorenia je do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacienta. Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacienta.**

 **Pečiatka a podpis lekára Pečiatka a podpis lekára**

**Potvrdenie vydané pre potreby školy. Potvrdenie vydané pre potreby školy.**

 **POTVRDENIE O CHOROBE POTVRDENIE O CHOROBE**

 **Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potvrdzujem, že pacient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **bol ošetrený na našej ambulancii od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bol ošetrený na našej ambulancii od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **predpokladaná doba ochorenia je do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ predpokladaná doba ochorenia je do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacienta. Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacienta.**

 **Pečiatka a podpis lekára Pečiatka a podpis lekára**

**Potvrdenie vydané pre potreby školy. Potvrdenie vydané pre potreby školy.**