**POTVRDENIE O CHOROBE POTVRDENIE O CHOROBE**

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

**bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa. Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa.**

**POTVRDENIE O CHOROBE POTVRDENIE O CHOROBE**

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

**bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bol v sprievode rodiča\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa. Potvrdenie vydané pre potreby zamestnávateľa.**