

## Potvrzení lékaře

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Lékař: \_\_\_\_\_  
(jméno lékaře, kontakt)

Potvrzuji, že pacient je práce neschopný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ včetně.

Důvod: ☐ akutní onemocnění

☐ jiný: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře