



Potvrzuji, že .....

byl/a dne ..... v ..... hod.

vyšetřen/a v ordinaci lékaře.

Domácí léčba od ..... do .....

Razítko lékaře:



Potvrzuji, že .....

byl/a dne ..... v ..... hod.

vyšetřen/a v ordinaci lékaře.

Domácí léčba od ..... do .....

Razítko lékaře:



Potvrzuji, že .....

byl/a dne ..... v ..... hod.

vyšetřen/a v ordinaci lékaře.

Domácí léčba od ..... do .....

Razítko lékaře:



Potvrzuji, že .....

byl/a dne ..... v ..... hod.

vyšetřen/a v ordinaci lékaře.

Domácí léčba od ..... do .....

Razítko lékaře:



Potvrzuji, že .....

byl/a dne ..... v ..... hod.

vyšetřen/a v ordinaci lékaře.

Domácí léčba od ..... do .....

Razítko lékaře:



Potvrzuji, že .....

byl/a dne ..... v ..... hod.

vyšetřen/a v ordinaci lékaře.

Domácí léčba od ..... do .....

Razítko lékaře: