

**Potvrdenie poskytovateľa  
zdravotnej starostlivosti  
o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby,**

**Žiadateľ :**

**Meno a priezvisko, titul:.....**

**Dátum a miesto narodenie:.....**

**Trvalé bydlisko :.....**

**Vyjadrenie lekára:**

V ..... dňa.....

**pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára**