

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko lekarza:

Specjalizacja:

Numer prawa wykonywania zawodu:

zaświadczam, że:

Imię i nazwisko pacjentki:

Data urodzenia:

PESEL:

jest w ciąży fizjologicznej (bez powikłań) w ____ tygodniu ciąży.

Na podstawie przeprowadzonego badania w dniu ____/____/20__, stwierdzam, że stan zdrowia pacjentki pozwala na odbycie podróży samolotem w terminie od ____ do ____.

Nie stwierdzam przeciwwskazań medycznych do podróży lotniczej w tym okresie.

Pacjentka nie wykazuje objawów przedwczesnego porodu, krwawienia ani innych komplikacji.

Uwagi dodatkowe (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data wystawienia zaświadczenia: ____/____/20__

Miejscowość:

Podpis i pieczęć lekarza:

.....