Potvrzení lékaře

Jméno a příjmení klienta .....

Rodné číslo .....

Pojišťovna .....

Potvrzuji, že výše jmenovaný klient trpí syndromem chronické bolesti prostaty/ pánevního dna (či jednou z těchto diagnóz: N411/N418/N419/N428/N429), a zároveň u něj aktuálně neprobíhá žádné onkologické onemocnění.

Dále potvrzuji, že pacient netrpí žádným onkologickým ani pohlavně přenosným onemocněním.

Důležité doplňující informace:

Potvrzení vystaveno dne .....

Podpis a razítko lékaře .....