

Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
nad Matką i Dzieckiem w Opolu  
45-066 Opole, ul. Reymonta 8

Opole, dnia 10.06.09 r.

tel. centr. 077 454 54 91, fax 077 452 00 00  
NIP: 754-24-82 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00  
Poradnie Konsultacyjne dla Noworodków i Wczesniaków  
Poradnie Konsultacyjne dla Dzieci i Młodzieży

### ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię: *Wojciech Jędrzej*

Data urodz.: *10.06.09* Nazwa i nr dowodu tożsamości: .....

zamieszkały(a): .....

Rozpoznanie: *Z. W. Kępo-Rodzie*

Cel wydania zaświadczenia: *Dużo wrażeń hipertytmii, nieregularny rytm, nieregularny rytm, nieregularny rytm*

lek. med. *Wojciech Jędrzej*  
specjalista chorób wewnętrznych

Uwaga:  
1) Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych.  
2) W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

miękkie kciuki  
Podane ciwny 4 x dziennie,  
kontaryz rehabilitacyjną 1 x tygodniowo  
kontaryz lekarską 1 x miesięcznie

lek. med. Małgorzata [redacted]  
Specjalista chorób dzieci [redacted]