

Okresná správa sociálneho zabezpečenia v

Hlásenie o podozrení z porušenia liečebného režimu

Pán (pani)
meno, priezvisko, deň, mesiac a rok narodenia

.....
bytom

Zamestnaný (á) - samostatne zárobkovo činná osoba*

navštívený (á) dňa o hod. pracovníkom kontroly dodržiavania liečebného režimu

.....
ktorý zistil, že

.....
Vyjadrenie ošetrojúceho lekára k uvedeným zisteným údajom pracovníka kontroly dodržiavania liečebného režimu:

.....
V dňa

Ošetrojúci lekár
meno, priezvisko, podpis, odtlačok úradnej pečiatky

.....
* nehodiace sa prečiarknite