

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Ja, niżej podpisany _____, zaświadczam, że po
badaniu pacjenta _____ (imię i nazwisko)

data urodzenia: _____ wiek: _____

stwierdzam konieczność stosowania niżej wymienionych dietetycznych środków spożywczych
specjalnego przeznaczenia medycznego (Dyrektywa Unii Europejskiej 1999/21/EC):

Pacjent stosuje specjalną dietę z powodu rzadkiej choroby metabolicznej i musi przyjmować
przepisane środki spożywcze codziennie. Pacjent podróżuje z dokładnie wyliczoną ilością
preparatu, która jest niezbędna do zapewnienia mu odpowiedniej diety na czas podróży do
_____ (nazwa kraju).

Data: _____

Podpis lekarza: _____

Pieczęć lekarza:

MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned Dr. _____, Doctor of Medicine, certify that the examination of _____ (full name)

Date of birth: _____ Age: _____

reveals the need of taking the following food for special medical purposes (Commission Directive 1999/21/EC):

I hereby certify that the patient has been under this treatment due to a rare metabolic disease and has to take the prescribed products daily. It's essential to travel with this exactly amount which is vital to cover the entire stay in _____ (country).

Date: _____

Doctor's sign: _____

Doctor's Stamp: