

.....
(miejscowość, data)

Dane pacjenta:

.....

.....

(imię i nazwisko / data urodzenia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O LEKACH DO SAMOLOTU

Informacje medyczne:

Pacjent choruje na i wymaga stałego przyjmowania leków
zgodnie z zaleceniami.

Wykaz stosowanych leków:

1. Nazwa leku:

Dawka i sposób dawkowania:

Ilość przewożona:

Uzasadnienie medyczne:

2. Nazwa leku:

Dawka i sposób dawkowania:

Ilość przewożona:

Uzasadnienie medyczne:

Zaświadczą się, że pacjent wymaga stosowania powyższych leków i jest uprawniony do ich przewozu w trakcie
podróży lotniczej.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)