

OPINIA LEKARZA

(dotyczy chorych starających się o kwalifikację do Programu Wysyłkowego Fundacji Linum)

Miejscowość, data

Pacjent Imię i Nazwisko.....spełnia kryteria włączenia i nie spełnia kryteriów wyłączenia z Programu wysyłkowego Fundacji Linum.

Pacjent aktualnie jest leczony z powodu następujących chorób:

Pieczętka i podpis lekarza