



ORVOSI IGAZOLÁS ÉTKEZÉS IRÁNTI KÉRELEMHEZ

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

Pszichiátriai betegség (kérjük, sorolja fel):

Szenvedélybetegség (kérjük, sorolja fel):

Fogyatékoság (típusa és mértéke):

Diétás étkezésre vonatkozó háziorvosi javaslat:

Fertőző betegség:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)