

<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>	<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>
<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>	<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>
<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>	<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>
<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>	<p><b>POTVRDENIE</b>  Meno pacienta: ..... nar.: .....  bol vyšetrený/ošetrený v tunajšom zdravotníckom zariadení</p> <p>Diagnóza: .....  Dátum PN od: ..... do: .....  Poznámka: .....  Zákonný zástupca žiaka* <b>čerpá / nečerpá OČR</b> (prečiarknite)</p> <p>Razítko a podpis ošetrojúceho lekára:</p>