

## 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: