

07R-1-01169-01-01-2012-2014/13  
LUX MED Sp. z o.o. 02-676 Warszawa, Postępu 21 C  
NIP 527-252-30-80, REGON 14072360300022  
(V cz.kodu 60) Centrum Medyczne Medycyna Rodzinna  
Poradnia lekarza POZ, VII cz.kodu – 1237, VIII cz.kodu – 0010  
02-091 Warszawa, ŻWIRKI I WIGURY 39  
Tel. (22) 823 89 45, fax (22) 823 89 41  
Nr księgi rejestrowej 000000007392  
KRS 0000265353, Kapitał zakładowy 10692000  
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy

Warszawa dnia 10.5.2013r.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko KATARZYNA ROCKA

Data urodzenia 1981-07-19

PESEL \*

Zamieszkały (a) WARSZAWA,

Cel wydania zaświadczenia Stan po porażeniu mózgowym dziecięcym , skrzywienie kregoslupa , pogłębiona lordoza , przykurcze w kończynach górnych i dolnych, bliznu po operacji przykurczy w st kolanowych .  
Pacjentka wymaga stałej rehabilitacji .

Agnieszka Faron-Pasek  
lekarz  
1166451

lek. med. AGNIESZKA FARON-PASEK

(pieczętka i podpis lekarza)

\* Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

\*\* W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeśli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.