SPZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia w Smykowie
Ośrodek Zdrowia
ul. 91, 26212 , SMYKÓW
Kod świad.: 130000106, tel: 572158216
NIP: 6581709541, REGON: 29042234800044
Komórka: PORADNIA NEUROLOGICZNA - 01, 007, 1220

SMYKÓW, dnia *2026-10-28*
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię: *ELŻBIETA KOZAK*

Pesel: *57122111282*

Nazwa i nr dowodu tożsamości:*

Zamieszkały(a): *26-212 PRZYŁOGI; PRZYŁOGI 144*

Rozpoznanie**: *Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów (M15.0)*

Cel wydania zaświadczenia: *Pacjentka z uogólnioną chorobą tkanki łącznej, twardziną układową zgłasza uogólnione bóle kręgosłupa, kk górnych i dolnych. Ponadto w wywiadzie zmiany włóknisto-guzkowe w szczytach płuc, nadciśnienie tętnicze, z ciśni nadgarstka lewego, stan po lecznieu operacyjnym zepsołu cieśni nadgarstka prawego w 2024 r, zaburzenia depresyjne.*
Chora wymaga stałego leczenia neurologicznego oraz okresowej rehabilitacji.

dr n. med. Marta Kasprzyk
specjalista neurolog
spec. rehabilitacji medycznej
2320293

(pieczęć i podpis lekarza)

* Wypełnić tylko w przypadkach uzasadnionych
** W zaświadczeniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczone rozpoznania stanowiłyby naruszenie tajemnicy zawodowej