

.....

pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Pacjent objęty jest stałą opieką lekarską w (nazwa i adres placówki)

.....

Schorzenia występujące u Pacjenta:

.....

Przyjmowane przez Pacjenta leki:

.....

Dopuszczalne formy oraz ograniczenia w podejmowanych formach usprawniania ruchowego Pacjenta:

.....

.....

Pan / Pani może uczestniczyć w zajęciach w ramach Domu Dziennego Pobytu „Aktywny Senior”.

.....

pieczęć i podpis lekarza

„Dom dziennego pobytu "Aktywny senior" Fundacji Wspierania Rozwoju Społecznego Leonardo