

(pieczęć przychodni)

Zaświadczenie od lekarza rodzinnego

Dotyczące uczestnika zajęć w Środowiskowym Domu Samopomocy w Tczewie

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Rozpoznanie choroby zasadniczej – przebieg, leczenie i rehabilitacja
(rodzaj, pobyty w szpitalu, sanatorium)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
4. Inne współistniejące choroby
.....
.....
.....
5. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych
.....
.....
.....
.....
6. Przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu
Samopomocy
.....
.....

.....

(miejsowość i data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)