

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie lekarskie:

.....
.....

2. Choroby współistniejące:

.....
.....

3. W przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie informacja o sprawności w zakresie lokomocji (poruszania się):

.....
.....

4. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy „Chatka? (*właściwe podkreślić*)

A. Brak przeciwwskazań

B. Istnieją przeciwwskazania (jakie?)

.....
.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie