

..... pieczęć ośrodka zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Dziennego „Senior+” w Bytowie											
Imię											
Nazwisko											
PESEL											
Adres zamieszkania											

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
2. Schorzenia współistniejące, przebyte zabiegi operacyjne
.....
.....
3. Przyjmowane leki (nazwa, dawkowanie)
.....
.....

Zaświadczam, że u w/w osoby*:

- ☐ brak jest przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior+” w Bytowie;
- ☐ występują przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach dziennego Domu „Senior+”:
- ☐ ruchowych (kinezyterapii)
 - ☐ sportowo-rekreacyjnych
 - ☐ aktywizujących.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*właściwe pole ☐ zaznaczyć znakiem „X”