

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach

Imię i nazwisko

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

Choroby współwystępujące, przebyte operacje.....

.....

Uczulenia.....

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne.....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne.....

.....

.....

Informacje o sprawności w zakresie lokomocji.....

.....

.....

Czy są przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy*

a) TAK

b) NIE

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)