

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

(wypełnia lekarz rodzinny)

Pan/i

Urodzona/y

Zamieszkała/y.....
.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....
.....
.....

Uczulenia

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny

.....
.....
.....

Sprawność w zakresie lokomocji (przemieszczanie się za pomocą środków transportu)

.....
.....

Wskazania / przeciwwskazania* do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy (Szarowola 6, 22 – 600 Tomaszów Lubelski).

.....
.....

.....
data badania lekarskiego

.....
podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić