

pieczęć placówki służby zdrowia

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach
Środowiskowego Domu Samopomocy w Środzie Wielkopolskiej

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

I. ROZPOZNANIE

1. Choroba podstawowa:

.....

2. Choroby współistniejące:

.....

II. SPRAWNOŚĆ W ZAKRESIE LOKOMOCJI

1. Osoba badana jest:

zdolna*; niezdolna do samodzielnego przybycia na zajęcia do Środowiskowego
Domu Samopomocy w Środzie Wlkp.