

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć POZ)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE NA POTRZEBY DZIENNEGO DOMU SENIOR+ W OLEŚNICY

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Diagnoza (choroby przewlekłe):
.....
.....
.....
.....

Stwierdzam:

1. Zajęcia ruchowe (kinezyterapia)*

- brak przeciwwskazań
- przeciwwskazania, jakie?
.....
.....

2. Zajęcia sportowo-rekreacyjne tj. gimnastyka, taniec, zajęcia terenowe (spacery, itp.)*

- brak przeciwwskazań
- przeciwwskazania, jakie?
.....
.....

3. Zajęcia aktywizujące tj. gry zespołowe, zajęcia terenowe, wyjazdy (wycieczki itp.)*

- brak przeciwwskazań
- przeciwwskazania jakie?
.....
.....

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....
(pieczęć i podpis lekarza)