



.....
pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE potwierdzające możliwość/wskazanie do korzystania z usług usprawniająco-aktywizujących w Dziennym Domu Senior+ w Woli Drwińskiej

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania (pobytu).....

PESEL

Czy występują przeciwwskazania do pozostawiania pod opieką placówki dziennej opieki dla osób 60+.

TAK

NIE

Podkreślić właściwe

Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego:

Ewentualne ograniczenia.....

Najważniejsze informacje o stanie zdrowia mające znaczenia dla prowadzenia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel placówki lub w sytuacji zagrożenia życia bądź zdrowia:

.....
(pieczętka i podpis lekarza)