

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko

.....

2. Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej, konieczność przyjmowania leków

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

3. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy

TAK NIE

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

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

.....
miejsowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza rodzinnego