

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia
i braku przeciwwskazań do uczestniczenia
w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Lekarz prowadzący.....

Ogólna ocena stanu zdrowia (czy pacjent pozostaje pod opieką poradni
specjalistycznych).....

.....

.....

Stosowane leczenie farmakologiczne.....

.....

.....

Ocena sprawności ruchowej.....

.....

.....

Wskazania / przeciwwskazania* do udziału w zajęciach Środowiskowego Domu
Samopomocy.....

.....

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza