



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane podmiotu wystawiającego zaświadczenie i/lub pieczętka:

2. Informacje o stanie zdrowia pacjenta:

Pacjent/ka: _____

Data urodzenia: ____ / ____ / _____

PESEL: _____

Stan zdrowia pacjenta pozwala/nie pozwala* na udział w działaniach terapeutycznych i opiekuńczych. Najważniejsze informacje dotyczące stanu zdrowia, mające wpływ na dobór odpowiednich form terapii i opieki:

- _____

- _____

- _____

2. Występowanie choroby otępiennej lub jej objawów:

✓ Choroba otępienna: nie występuje występuje – rozpoznanie:

✓ Objawy otępienne: nieobecne obecne – opis: _____

3. Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego / ograniczenia:

Pacjent/ka może uczestniczyć w następujących formach usprawniania ruchowego:

Ćwiczenia ogólnorozwojowe

Ćwiczenia rozciągające

Ćwiczenia równoważne

Spacerzy z asekuracją

Inne: _____



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Ograniczenia w aktywności fizycznej:

- _____
- _____
- _____

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w _____.

Data: ____ / ____ / _____

Podpis i pieczęć lekarza:
