

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE do Klubu Seniora

.....
Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Klubu Seniora

.....
Pesel

.....
Adres

I. Schorzenie podstawowe

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

II. Schorzenia współistniejące*

- Zespół otępienny TAK – NIE
- Choroba psychiczna TAK – NIE

jeśli tak to jaka

.....

- **Choroba zakaźna TAK – NIE**

jeśli tak to jaka

.....

- **Inne, jakie**

.....

.....

.....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga*:

- **Wsparcia w Klubie Seniora TAK – NIE**
- **Gimnastyki ogólnousprawniającej TAK – NIE**
- **Fizjoterapii TAK – NIE**

Uwagi.....

.....

.....

.....

.....
Data i pieczęć poradni POZ

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* zaznaczyć właściwe