

Kętrzyn, dnia

.....
(Pieczętka Przychodni Rodzinnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Kętrzynie

.....
zamieszkałej

2. Wiek

3. Ogólny stan zdrowia

4. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach domu?

TAK

NIE

5. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osoby ubiegającej się o skierowanie do domu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)