…… ……

(pieczęć Przychodni) *(miejscowość, data)*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Określenie najważniejszych informacji o stanie zdrowia pacjenta, niezbędnych w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel Dziennej Placówki Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych

Imię i Nazwisko …… PESEL…….
Adres zamieszkania……

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim)……
……
……
Choroby współistniejące ……
……
……
……

Dopuszczalne form usprawniania ruchowego pacjenta:

- Ćwiczenia ogólnousprawniające [ ] nie [ ] tak
- Ćwiczenia czynne [ ] nie [ ] tak
- Ćwiczenia czynno-bierne [ ] nie [ ] tak
- Ćwiczenia bierne [ ] nie [ ] tak
- Ćwiczenia wspomagane [ ] nie [ ] tak

……
(*Pieczątka i podpis Lekarza)*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141