

Pieczętka przychodni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
Dotyczy zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
lub rewalidacji indywidualnej

.....
Imię i nazwisko, data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

Rozpoznanie:

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

Czy wskazana jest rehabilitacja? Podać rodzaj i zakres rehabilitacji

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

Przeciwwskazania do rehabilitacji wynikające ze stanu zdrowia

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

.....dnia.....

Podpis i pieczęć lekarza