
(pieczęć zakładu leczniczego)

Krapkowice, dnia _____

ZAŚWIADCZENIE

DOTYCZĄCE KORZYSTANIA ZE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH
(ZADANIA WŁASNE)

1. Pani / Pan _____, lat _____

Adres zam. _____

2. Wymaga / nie wymaga* pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych.

3. Rodzaj schorzenia, współistniejące schorzenia: _____

4. RODZAJE ĆWICZEŃ I MASAŻU:

5. Czas trwania rehabilitacji (np.:1 m-c): _____

6. Ewentualnie istniejące przeciwwskazania: _____

Prosi się o czytelne wypisanie zaświadczenia.

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

* niepotrzebne skreślić