

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia umożliwiającym uczestnictwo w Programie
wsparcia ON w dostępie do rehabilitacji prowadzonej w Centrum Rekreacji i Rehabilitacji Bushido
Rybnik

Imię i nazwisko.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....

2. Choroby współistniejące, przebyte operacje.....
.....
.....

3. Czy stan zdrowia w chwili obecnej pozwala na korzystanie z zabiegów?

Nie Tak

4. Rodzaj zabiegów

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

5. Ilość powtórzeń i czas zabiegów.....
.....
.....

6. Przeciwwskazania

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

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

