



....., dnia
(*miejsowość*)

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej
(Umowa z NFZ na świadczenie usług medycznych)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb programu zdrowotnego finansowanego z budżetu Gminy Trzebowniko.

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

.....

PESEL

Zaświadczam, że wyżej wymieniona osoba jest w świadomym kontakcie słownym i może uczestniczyć w grupowych zajęciach fizjoterapii. Pacjent spełnia następujące kryteria (*należy zaznaczyć właściwe*):

- Posiada ograniczenia ruchowe
- Posiada bóle kręgosłupa/stawów
- Jest po urazach, operacjach ortopedycznych (Należy podać jakie.....)
- Posiada choroby układu ruchu (Należy podać jakie.....)

Lista chorób współistniejących:

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

Lista leków zażywanych przez pacjenta:

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

.....
(*pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenie*)