

.....  
/ pieczęć przychodni zdrowia /

Data .....

### **Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadcza się, iż Pan/i/ .....

zam. ....

Rozpoznanie:

.....

.....

Ze względu na swój stan zdrowia i schorzenie wymaga specjalistycznych usług świadczonych w Środowiskowym Domu Samopomocy w Łobzie, nie ma wobec tej osoby przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych.

Sprawność tej osoby w zakresie lokomocji jest:

.....

.....

.....

.....

Podpis lekarza rodzinnego