...., dnia.....

Pieczęć placówki służby zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

I. Dane osobowe pacjenta:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Pesel.....

Numer telefonu kontaktowego.....

II. Czy występują wskazania do specjalistycznych usług opiekuńczych fizjoterapii w miejscu zamieszkania pacjenta:*(proszę właściwe zakreślić)*

1.tak

2. nie

III. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji w zakresie fizjoterapii:

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

.....

podpis i pieczęć lekarza