

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/psychiatra lub neurolog/

Zaświadcza się, że p. Nr PESEL
jest osobą:

- A) Przewlekłe psychicznie chorą;
- B) Niepełnosprawną intelektualnie;
- C) Wykazującą inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych*;

Choroba podstawowa

Choroby współistniejące:

.....
.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

*odpowiednie zakreślić – JEDNA MOŻLIWOŚĆ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarz rodzinny/

Zaświadcza się, że p. , nr PESEL
Jest w stanie zdrowia ogólnym dobrym i nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza