

Projekt pn.: „Dzienny Dom Pomocy u elżbietanek cieszyńskich” nr FESL.07.04-IZ.01-0409/23, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (EFS+)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że
(imię i nazwisko osoby) **nie ma przeciwwskazań / ma przeciwwskazania 1)** do udziału w zajęciach w ramach Dziennego Domu Pomocy TABOR w Cieszynie.

Krótki opis aktualnego stanu zdrowia, przebieg leczenia, zalecone stałe leki, hospitalizacje, zaopatrzenie ortopedyczne (kule, wózek inwalidzki) itp.: (wypełnia lekarz w POZ pacjenta)

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

.....

data, pieczęć oraz podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

1) właściwe zaznaczyć