



.....
Pieczęć przychodni

Zaświadczenie o stanie zdrowia uczestnika pobytu długoterminowego w Centrum Ostoja

Imię i Nazwisko:

.....

Data urodzenia: Adres:.....

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

Zalecane leki i dawkowanie:

.....

.....

.....

Verte →

Adres:
ul. Dunajewskiego 5
31-133 Kraków

NIP: 676-001-75-41
KRS: 0000055578
REGON: 350571668

Kontakt:
www.fundacja-sm.org



Ważne informacje: uczulenia, wydolność krążeniowo-oddechowa, przeciwwskazania do rehabilitacji

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

Czy stan zdrowia pozwala na pobyt w ośrodku rehabilitacyjno-pielęgnacyjnym:

TAK

NIE

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Adres:
ul. Dunajewskiego 5
31-133 Kraków

NIP: 676-001-75-41
KRS: 0000055578
REGON: 350571668

Kontakt:
www.fundacja-sm.org