## *…………………………………………………*

## *(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

*lub gabinetu lekarskiego)*

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O AKTUALNYM STANIE ZDROWIA

*( wypełnić nie wcześniej jak 1 miesiąc przed wyjazdem i zabrać ze sobą na turnus)*

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………

PESEL albo numer dokumentu tożsamości …………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………….

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Choroby współistniejące, przebyte operacje:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

Uczulenia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wskazane zabiegi fizjoterapeutyczne na turnusie rehabilitacyjnym:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………… ……………………………………

 *( data) (podpis i pieczątka lekarza)*