

.....
(miejsowość i data).....
(pieczęć POZ)**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
NA POTRZEBY DZIENNEGO DOMU SENIOR+ W PRUDNIKU****Imię (imiona) i nazwisko pacjenta:****Data urodzenia:****Adres zamieszkania:**
.....**Diagnoza choroby przewlekłe (* prosimy o wstawienie znaku X przy aktywności, w której Senior może brać udział).****Stwierdzam:**

- Nadciśnienie tętnicze – * TAK * NIE
- Migotanie przedsionków – * TAK * NIE
- Cukrzyca – * TAK * NIE
- Epilepsja – * TAK * NIE
- Rozrusznik serca – * TAK * NIE
- Choroby onkologiczne – * TAK * NIE (jeśli tak to jakie).....

Inne choroby :
.....
.....
.....
.....

Stwierdzam brak przeciwwskazań medycznych do uczestnictwa w niżej wymienionych zajęciach oferowanych przez Dzienny Dom Senior + w Prudniku (* prosimy o wstawienie znaku X przy aktywności, w której Senior może brać udział)

Stwierdzam:

1. Zajęcia ruchowe (kinezyterapia – gimnastka ogólnousprawniająca grupowa na siedząco)*
* TAK * NIE
2. Zajęcia ruchowe (kinezyterapia – gimnastka ogólnousprawniająca grupowa na materacach w pozycji leżącej)*
* TAK * NIE
3. Zajęcia ruchowe na sali fitness (rowerki, bieżnia, ćwiczenia manualne)*
* TAK * NIE
4. Zajęcia ruchowe na dworze (spacery, zajęcia rekreacyjne, Nordic Walking)*
* TAK * NIE
5. Wycieczki zorganizowane (grupowe)*
* TAK * NIE
6. Terapia Zajęciowa (zajęcia grupowe)*
* TAK * NIE

Sytuacja zdrowotna pacjenta pozwala na czynny udział w w/w zajęciach, prowadzonych przez Dzienny Dom „Senior+” w Prudniku.

* TAK * NIE

.....
(pieczęć i podpis lekarza)