



.....  
miejsowość, data

### Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko seniora .....

PESEL .....

Schorzenie :  
podstawowe .....

współistniejące .....

#### Czy senior:

**posiada stymulator serca**  TAK  NIE

#### choruje lub chorował na którąś z następujących chorób:

**choroby serca**  TAK  NIE

**nadciśnienie**  TAK  NIE

**choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył)**  TAK  NIE

**choroby układu nerwowego**  
(padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia)  TAK  NIE

**choroby nowotworowe**  TAK  NIE

**osteoporoza**  TAK  NIE

**w ostatnich dwóch tygodniach zażywał antybiotyki**  TAK  NIE

Stan zdrowia seniora:

pozwala / nie pozwala\* do udziału w 7 dniowym pobycie pielęgnacyjno – opiekuńczo i bytowo - usamodzielniającym w Mieszkanii Wspomaganej w Wągrowcu  
pozwala / nie pozwala\* na korzystanie z zabiegów rehabilitacyjnych.

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

\*niepotrzebne skreślić