

.....
pieczęć

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko **Data urodzenia**

Adres zamieszkania

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Wiek fizjologicznywiek metrykalny.....

2. Obciążenia z okresu ciąży i okołoporodowego

.....

3. Przebyte choroby

.....

4. Aktualny stan zdrowia:

- układ kostno – stawowy

.....

- układ oddechowy

.....

- układ pokarmowy

.....

- układ nerwowy

.....

Inne układy

- wzrok

- słuch.....

.....

5. Objęcie leczeniem specjalistycznym

.....

6. Dodatkowe informacje o stanie zdrowia

.....

7. Zalecenia istotne dla celów edukacji

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza