

.....  
*(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 pieczęć lekarza)*