

ZASWIADCZENIE LEKARZA POZ

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL.....

W/W pacjent choruje na następujące schorzenia:

.....  
.....  
.....  
.....

Zdolność do podjęcia wysiłku w skali NYHA

.....

Zdolność do samoobsługi:

- całkowicie samodzielny
- wymaga niewielkiej pomocy
- całkowicie niesamodzielny

Przyjmuje następujące leki:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza