

.....
/ pieczęć poradni /

OPINIA LEKARZA NEUROLOGA

Dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Rozpoznanie

4. Przebieg schorzenia podstawowego oraz rodzaj dysfunkcji

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

5. Zalecane leki, dawkowanie.....

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

6. Wskazane formy rehabilitacji

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

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ podpis i pieczęć lekarza neurologa/