

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....
.....

Uczulenia

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

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

Pacjent nie ma przeciwwskazań ortopedycznych i innych do odbywania zajęć hipoterapii.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza