Imię i nazwisko Seniora / Seniorki

1. Czy Pan/i może uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez fizjoterapeutę?
2. Jeśli istnieją przeciwwskazania / wskazania zdrowotne proszę określić
z jakiego typu ćwiczeń Senior/ka powinien / powinna zostać wyłączona ?
3. Imię i nazwisko lekarza prowadzącego oraz numer telefonu do Poradni

1. Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej oraz numer telefonu