

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w masażu/ćwiczeniach rozluźniających/stosowaniu kinesiotapingu/fali uderzeniowej

Imię i nazwisko Pacjenta:

.....

PESEL Pacjenta:

.....

Data badania:

.....

Pacjent może brać udział w\*:

- masażach
- ćwiczeniach rozluźniających
- stosować kinesiotaping
- zabiegu fali uderzeniowej
- .....

.....

data, podpis i pieczęć lekarza specjalisty

\*właściwe podkreślić