

ZAŚWIADCZENIE

IMIĘ I NAZWISKO Krzysztof Chabiera.....

PESEL 57052206894.....

ADRES 72-600 Świnoujście, ul. Barlickiego 16/33

ROZPOZNANIE Stan po urazie głowy, narządów
płuc, przewodu pokarmowego i układu
krążenia. Zespół porażenia nerwów
czuciowych i ruchowych kończyn
dolnych.

CEL WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

pacjent wymaga ograniczenia czynności
fizycznych i zabiegów fizjoterapii

Aleksandra Patryk Zielińska
neurolog
5771727