

Pracownia Fototerapii
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny
im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu
tel. 34 35 32 803 tel. 34 35 32 940

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

U pacjenta.....

PESEL:.....

1. Istnieją wskazania do wykonywania fototerapii, takie jak:

choroba afektywna sezonowa (tzw. „depresja zimowa”), lub

wspomagające leczenie innych typów depresji, lub

inne (wskazać jakie)

.....

2. Nie występują żadne przeciwwskazania do wykonania fototerapii, w szczególności pacjent nie pobiera preparatów dających nadwrażliwość na światło (takich jak np. tetracykliny, sulfonamidy, amiodaron pochodne fenotiazyny), nie ma chorób oczu (np. jaskra, choroby siatkówki, choroby soczewki), nie choruje na toczeń rumieniowaty, porfirię, popromienne zapalenie skóry, ani żadne inne choroby, które uniemożliwiałyby stosowanie u Niego tej terapii.

.....
pieczęć i podpis lekarza