

Wypełnia lekarz specjalista
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach
domowych na wskazanym sprzęcie**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej, posiadane dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

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

2. W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

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

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

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

.....
(miejsowość i data)

.....
**(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)**