

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

Wypełnia lekarz specjalista

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach
domowych na wskazanym sprzęcie

(wypełnić czytelnie w języku polskim)

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

Posiada dysfunkcję narządu ruchu (określić jakie?) lub inne schorzenia:

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

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:

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

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)