

Wypełnia lekarz, pod którego opieką
znajduje się osoba niepełnosprawna
(ważne 3 miesiące)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

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

(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JEZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

1. Posiadane dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

.....

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

.....

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)