

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

Data urodzenia Numer Pesel

Adres zamieszkania

Rodzaj niepełnosprawności

.....

Osoba leżąca: ☐ TAK ☐ NIE

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim).....

.....

Rodzaj wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

Zachodzi / nie zachodzi* potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych
przy użyciu w/w sprzętu, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

Przewidywane efekty rehabilitacji w warunkach domowych na wnioskowanym sprzęcie
(częstotliwość ćwiczeń, zabiegów).....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić