

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O KONIECZNOŚCI PROWADZENIA REHABILITACJI W WARUNKACH DOMOWYCH
ORAZ ZAKUPU NIEZBĘDNEGO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Imię i Nazwisko _____

Nr PESEL

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

Data urodzenia _____ Miejscowość _____

Adres zamieszkania _____

1. Konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych*

- NIE
 TAK - uzasadnienie

2. Proszę wymienić sprzęt rehabilitacyjny

3. Informacja o stanie zdrowia

data

pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* Właściwie zaznaczyć