

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(wypełniać czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....
4. Rodzaj niepełnosprawności.....
5. Wnioskowany rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego.....

.....

6. Uzasadnienie konieczności zakupu w/w sprzętu do prowadzenia przez pacjenta rehabilitacji w warunkach domowych

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

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Uwaga:
Zaświadczenie lekarskie wypełnia lekarz specjalista.