……, dnia ……
(miejscowość)

……
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko……

Adres zamieszkania……

PESEL……

1. Rodzaj schorzenia Pacjenta

   ……

   ……

   ……

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny

   ……

   ……

   ……

3. Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty)

   ……

   ……

   ……

4. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji **w warunkach domowych** przy użyciu w/w sprzętu

   ……

   ……

   ……

   ……

……
Pieczątka i podpis lekarza