

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

TAK

NIE

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (na przykład: łóżko rehabilitacyjne, rower rehabilitacyjny, rotor rehabilitacyjny, kombinezon rehabilitacyjny, itp.):

.....
.....

Krótkie uzasadnienie:

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza