

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

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji.....

.....

.....

Konieczność udostępnienia (posiadania) urządzenia pomocniczego, sprzętu rehabilitacyjnego do korzystania w warunkach domowych.

NIE

TAK – uzasadnienie (jakie urządzenie lub sprzęt rehabilitacyjny)

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty