Załącznik nr 1

..... ……
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie

Imię i nazwisko .....
PESEL ……
Adres zamieszkania.....
……

1. Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:
   .....
   .....
   .....

2. W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:
   .....
   .....
   .....

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny :
   .....
   .....
   .....

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)