

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie lekarskie \***

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

.....

.....

.....

Czy istnieje możliwość korzystania z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych?

Proszę zakreślić :            TAK            lub            NIE

Czy istnieje konieczność rehabilitacji w/w osoby w warunkach domowych?

Proszę zakreślić:            TAK            lub            NIE

Uzasadnienie konieczności stosowania rehabilitacji w warunkach domowych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wskazany sprzęt rehabilitacyjny niezbędny do stosowania w warunkach domowych:

.....

Efekt jaki może być osiągnięty dzięki stosowaniu zaleconego sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza

- zaświadczenie winno być wypełnione czytelnie w języku polskim