

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

Dnia.....

Zaświadczenie lekarskie
o zasadności użycia wnioskowanego sprzętu w związku z rodzajem niepełnosprawności
(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia/PESEL.....
4. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenia).....
5. Urządzenie/sprzęt, zalecany do rehabilitacji w warunkach domowych.....
.....
6. Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności pacjenta uzasadniające potrzebę zakupu w/w urządzenia/sprzętu oraz uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego urządzenia/sprzętu.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Uwaga:
Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz. Zaświadczenie z dopiskami innych osób niż lekarz nie będzie honorowane.