

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE

lekarza specjalisty, który określi potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego (nazwa, typ):

.....
.....

4. Uzasadnienie, że w/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny w procesie rehabilitacji i stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

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

5. Uzasadnienie potrzeb prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu :

.....
.....

6. Uwagi i zalecenia dodatkowe:

.....

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

-
- Wypełnić czytelnie w języku polskim