

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Kolbuszowej

do wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego

/PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.....

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

3. Zachodzi /nie zachodzi*/ potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty rehabilitacji

* właściwe podkreślić