

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:

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

.....

podpis i pieczęć lekarza

.....

Data