Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko ……..……

Data urodzenia ……..…

NR PESEL ……..……

Adres zamieszkania ……..…..

Rozpoznanie lekarskie:

……..……

……..…..…

……..…..…

Rodzaj wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

…….

……..…..…

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu?

Tak Nie

Przewidywane efekty rehabilitacji w warunkach domowych na wnioskowanym sprzęcie:

……..…..…

……..…..…

……. ……..……

data pieczęć i podpis lekarza