

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego)

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Data urodzenia.....
4. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenia).....
5. Prosimy wymienić urządzenie / sprzęt, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi pacjentowi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub samodzielną egzystencję
-
-
6. Prosimy opisać ograniczenia wynikające z niepełnosprawności pacjenta uzasadniające potrzebę zakupu w/w urządzenia / sprzętu oraz uzasadnić potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy jego użyciu
-
-
-
-
-
-

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

Uwaga:

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