

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia
w sprzęt rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko

Data urodzenia.....Numer Pesel

Adres zamieszkania

Rodzaj niepełnosprawności

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim)

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

Rodzaj wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

.....
.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww.
sprzętu rehabilitacyjnego

☐ tak

☐ nie

Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wyżej
wskazanego sprzętu rehabilitacyjnego.

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

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie