

Miejscowość

Data

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

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wystawione przez lekarza specjalistę
uwzględniające konieczność korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

3. Ocena wyników leczenia rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy):

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

4. Konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

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