

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