

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE *
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na
wskazanym sprzęcie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

.....

.....

.....

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:

.....

.....

.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny :

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie; ważne jeden miesiąc od daty wystawienia.