

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia.....

Sprzęt niezbędny w rehabilitacji.....

**Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu?**

**Tak / Nie**

**Czy obsługa w/w sprzętu wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji?**

**Tak / Nie**

Jeżeli tak to jakich?.....

Możliwość korzystania z wnioskowanego sprzętu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.....

Przewidywane efekty rehabilitacji, wpływ na poprawę sprawności osoby niepełnosprawnej i jakości jej funkcjonowania:.....

.....  
Miejscowość

.....  
Podpis i pieczęć lekarza