

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi – **sprzęt rehabilitacyjny**
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

.....
.....

4. Wskazania do rehabilitacji (wymienić na jakim sprzęcie).....

.....
.....

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

- Tak
- Nie

.....
Podpis i pieczętka lekarza