

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

### ZAŚWIADCZENIE

lekarza specjalisty, który określi potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

.....  
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....  
.....

3. Zalecany rodzaj , typ sprzętu rehabilitacyjnego:

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

4. Uzasadnienie że w/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny w procesie rehabilitacji i stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

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

5. Uzasadnienie potrzeb prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu :

.....  
.....

.....

(data, pieczęćka i podpis lekarza specjalisty) .

