

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

UWAGA: ZAŚWIADCZENIE DLA CELÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

.....
.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....

Aktualnie używane przez osobę przedmioty ortopedyczne / środki pomocnicze:

- oprotezowanie / zaaparowanie kończyn górnych / dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki
- kule łokciowe
- inne

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz uzasadnienie jak on wpłynie na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej:

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

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

- NIE
- TAK – uzasadnienie.....

.....
.....

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza