ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA PRZEZ LEKARZA

…… /pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

……..…….. /miejscowość i data/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach, wskazujące na potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do rehabilitacji w warunkach domowych

/wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi/

Imię i nazwisko ……..…….…….

Adres zamieszkania: 16-400 Suwałki, ul. ……...…….

PESEL ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Rozpoznanie choroby zasadniczej ……

……

……

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający potrzebę zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

……

……

……

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych

……

……

Uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych

……

……

……

……

……

……

.....

/pieczątka i podpis lekarza specjalisty/