

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(wydane na potrzeby PCPR w Krakowie)

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

☐ TAK ☐ NIE

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności:

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

Krótkie uzasadnienie zaświadczenia z podaniem rodzaju schorzeń lub dysfunkcji:

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

.....
data

.....
(pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

***zaświadczenie lekarskie powinno być wystawione czytelnie, w języku polskim**