

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dowodu tożsamości

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |
| | |

Konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych

- NIE
- TAK – uzasadnienie (na jakim sprzęcie rehabilitacyjnym)

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

Uwagi:

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

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty