

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

WYDANE W CELU DOFINANSOWANIA ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. przebieg schorzenia podstawowego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. uszkodzenia inny narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja:

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

5. używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

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

6. krótkie uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

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