Stempel zakładu opieki zdrowotnej …………..………dnia ………..…

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

Data urodzenia ………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

Nr i seria dowodu osobistego …………………………………………………………………...

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie lub potrzeba usunięcia barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. W jakim zakresie w/w potrzeby poprawią funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

TAK / NIE

………….………………………………………………..

(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie