

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

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

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

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

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

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

TAK / NIE

.....
(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Uwaga: zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia