

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzeniaPESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie lekarskie

.....

.....

.....

Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

Wskazana częstotliwość stosowania w/w sprzętu

.....

Uzasadnienie samodzielności (domowej)rehabilitacji

.....

.....

.....

.....

miejsowość data

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalistę