



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 3 miesiące)

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu dofinansowania zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy\*:

dysfunkcji narządu ruchu     dysfunkcji narządu wzroku     dysfunkcji narządu słuchu

innej dysfunkcji\* .....

*krótka charakterystyka*

Na podstawie posiadanej wiedzy medycznej stwierdzam, że poniższy sprzęt rehabilitacyjny

.....  
*nazwa sprzętu rehabilitacyjnego*

jest niezbędny w procesie rehabilitacji pacjenta w warunkach domowych.

Przewidywane efekty rehabilitacji przy zastosowaniu ww. sprzętu rehabilitacyjnego:

.....  
.....

Uzasadnienie:

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

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* właściwe zakreślić znakiem X