



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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