**……………………………………. …………………………….**

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość, data

 lub gabinetu lekarskiego

 Załącznik nr 1

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

potwierdzające konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim).

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

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

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

1. Rodzaj schorzenia Pacjenta: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 TAK NIE

1. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu: …………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………......……………………………………...............................................................................................................

 …………………………..………………..

 Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty

 wystawiającego zaświadczenie