(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

Zaświadczenie lekarskie (opinia)

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dowodu tożsamości .....

Adres zamieszkania .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
  - ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenia układu krążenia
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ inne (jakie?)

.....

.....

Konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie (na jakim sprzęcie rehabilitacyjnym)

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

..... *Data*

..... *Podpis i pieczątka lekarza specjalisty*