

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu 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:

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty**

* właściwe zakreślić znakiem X

** o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić