

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Czy istnieje potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych?*

TAK

NIE

5. Potrzeby w zakresie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

.....
(stempel i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie)

.....
*Wypełnić czytelnie w języku polskim

** Właściwie zaznaczyć