

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

....., dnia 20.....r.
(miejsowość)

Zaświadczenie lekarza

Potwierdzam, że u osoby:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu:

.....
(rodzaj i nazwa wymaganego sprzętu rehabilitacyjnego)

Uzasadnienie

Podać rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)