

.....
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
miejscowość, data

INFORMACJA LEKARZA O POTRZEBIE DOFINANSOWANIA SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Imię i nazwisko

Zamieszkały / a

Rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (*w języku polskim*)

.....
.....

.....
Wymaga prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu

.....
.....

Uzasadnienie konieczności korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego

.....(*nazwa sprzętu*)

w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

