



Załącznik nr 1 do formularza wniosku o wypożyczenie sprzętu medycznego - rehabilitacyjnego

....., dnia.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej (mięscowóć) (data)
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb wypożyczenia sprzętu medycznego/ rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby:.....

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

2. Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu medycznego/rehabilitacyjnego wraz z uzasadnieniem konieczności użytkowania w warunkach domowych:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)