

.....

data.....

(Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Zamieszkała/y.....

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących

.....

.....

.....

Wymaga prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu

.....

.....

(nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

.....

(pieczęć lekarza)