

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego lub urządzeń pomocniczych

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie .....

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

2. Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego/urządzenia pomocnicznego wraz z uzasadnieniem konieczności użytkowania

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)