

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu  
sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

TAK

NIE

Rodzaj zalecanego **sprzętu rehabilitacyjnego** związanego z indywidualnymi potrzebami  
wynikającymi z niepełnosprawności:

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

Krótkie uzasadnienie niniejszej potrzeby użycia zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego:

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

.....  
data

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)