

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

DANE PACJENTA			
Imię i nazwisko			
Data urodzenia		Pesel	
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Powiat	Województwo
ROZPOZNANIE LEKARSKIE			
RODZAJ KONIECZNEGO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO			
WSKAZANA CZĘSTOTLIWOŚĆ STOSOWANIA WW. SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO			
UZASADNIENIE PROWADZENIA REHABILITACJI W WARUNKACH DOMOWYCH PRZY UŻYCIU WW. SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO			

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA