dotyczy wyłącznie wnioskodawców,
w stosunku do których zachodzi potrzeba
prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych
(należy powyższy zapis zawrzeć w uzasadnieniu)

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

OPINIA LEKARSKA
DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia .....

.....

(diagnoza w języku polskim)

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego .....

.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....

miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza