

.....
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

.....
/miejsowość i data/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach, wskazujące na potrzebę zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny*

wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi

1. Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania: **Suwałki, ul.**

2. Rodzaj niepełnosprawności uzasadniającej potrzebę zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

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

3. Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej: TAK NIE

4. Zalecany sprzęt do rehabilitacji w warunkach domowych związany z indywidualnymi potrzebami wynikającym z niepełnosprawności:

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

5. Uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych :.....

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

.....
/pieczęćka i podpis lekarza specjalisty/

***SPRZĘT REHABILITACYJNY** zgodnie z definicją słownikową, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.