

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

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach – zakup sprzętu
rehabilitacyjnego

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
.....

3. Czy występujący rodzaj niepełnosprawności wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego?
TAK — NIE (właściwe podkreślić)

4. Rodzaj wymaganego sprzętu rehabilitacyjnego niezbędnego do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych

.....
(dokładna nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

.....
Pouczenie: Zgodnie z art.271 § 1 kodeksu karnego „Funkcjonariusz publiczny lub **inna osoba uprawniona** do wystawienia dokumentu, która poświadczą w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat”

.....
podpis pieczęć lekarza
specjalisty
wystawiającego zaświadczenie