

.....  
(pieczęć przychodni / gabinetu lekarskiego)

Piotrków Tryb. ....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Nazwisko i imię** .....

**Data urodzenia** .....

**Adres zamieszkania** .....  
(dokładny adres zamieszkania)

**Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie):**

.....  
(wypełnić czytelnie w języku polskim)

**Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności):**

.....  
.....

**Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu:**

.....  
.....

.....  
(pieczęć imienna i podpis lekarza specjalisty)