

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Rozpoznanie choroby zasadniczej (*diagnoza w języku polskim*)
.....
.....
.....
.....
5. Stwierdzam konieczność korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego
(*wpisać jakiego*)
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenie