

Gdynia,

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie lub opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności

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

Pacjent wymaga rehabilitacji domowej przy użyciu niżej wymienionego sprzętu oraz nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z tego sprzętu

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

.....
pieczętka i podpis lekarza