



....., dnia
(miejscowość)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej
(Umowa z NFZ na świadczenie Usług medycznych)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i
wspomagającego Fundacja RUDEK dla życia

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

Zaświadczam, że ww. osoba jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Zaświadczam również, że u ww. osoby istnieje konieczność stosowania ww. sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie)