

Puławy, dnia………....….

**Zaświadczenie Lekarskie**

**osoby ubiegającej się o usługi specjalistyczne obejmujące rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu**

Imię i nazwisko ……………………..…..………...…………………………………………………………….

Adres……………………………………………………..……………………………………………………………..

Data urodzenia…………………………………….……………………………………….……………………...

Pesel …………………………………………………….….….………………………………….…...……………..

Rozpoznanie…………………………………………………………………………………………………………

Rodzaj zalecanych usług specjalistycznych obejmujących rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu (w zakresie nieobjętym przepisami z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj zabiegów | 1. | 2. | 3. | 4. |
| Ilość powtórzeń |  |  |  |  |
| Okolica ciała i parametry |  |  |  |  |

…………………………………………………….

podpis i pieczątka lekarza