

Läkarintyg för fondansökan inför rehabiliteringsresa.

Reumatikerdistriktet Östergötland.

Namn.....

Adress.....

Personnummer.....

Telefonnummer.....

Diagnos.....

.....

.....

Behov av rehabilitering.....

.....

.....

Arbetar% Sjukersättning.....% Sjukskriven.....% Ålderspension.....

Kan tillgodogöra sig aktiv rehabilitering intygas

Läkarens namn.....

Klinik.....

Ort och datum

Underskrift

.....