(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta……...……**PESEL**……

Adres zamieszkania……...…...…….

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej…….....

…….…….

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

……..……..……

……..……..……

……...……

3. W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:

…….....…….....

4. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....

5. Używane inne zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

…….

……..…

……..

6. Potwierdzenie konieczności rehabilitacji w warunkach domowych przy w/w sprzętu:

- **TAK** (uzasadnić)

  ……

  ……

- **NIE**

..... ……..

Data Pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie