

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Sprzęt rehabilitacyjny - to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

1. Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Rozpoznanie chorobowe:

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

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych?

TAK*

NIE*

4. Przy pomocy jakiego sprzętu rehabilitacyjnego (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności wyżej wymienionej osoby) zaleca się prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych?

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

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* właściwe zakreślić X