

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

niezbędne do prawidłowej realizacji procesu przyznania dofinansowania
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 u wyżej
wymienionej osoby?

☐

TAK*

☐

NIE*

4. Jaki jest zalecany sprzęt rehabilitacyjny do prowadzenia rehabilitacji
w warunkach domowych?

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
lub lekarza prowadzącego

* właściwe zakreślić X