

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

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim
- do realizacji zadania
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 ww. osoby) zaleca się prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych?

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

.....
pieczętka i podpis lekarza

* właściwe zakreślić X