…………………………….., dnia

……………………………………….

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie   
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia   
w sprzęt rehabilitacyjny.**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………….....

Nr PESEL ………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………….................................................................................

1. Rozpoznanie…………………………………………………………………………….....................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Niepełnosprawność dotyczy narządu/ układu

…………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………….......

1. Zalecany sprzęt

…………………………………………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………

1. Czy zachodzi potrzeba wynikająca z niepełnosprawności korzystania z w/w sprzętu ?

Tak Nie

1. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu?

Tak Nie

…………………………… ……………………………

(data) (pieczęć i podpis lekarza)