

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Wydane na potrzeby PCPR

**Imię i nazwisko pacjenta**.....

**Data urodzenia**.....**PESEL**.....

### **1. Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności**

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

### **2. Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:**

TAK

NIE

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności:

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

### **3. Krótkie uzasadnienie zaświadczenia:**

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

.....  
data

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)