(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

…….....
(Pieczątka i podpis lekarza)