

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb dofinansowania ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Wskazania do rehabilitacji w warunkach domowych:

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji przez osobę z niepełnosprawnością w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego, zapewniającego bezpieczeństwo jego użytkowania oraz osiągnięcie oczekiwanych efektów rehabilitacyjnych, wymienionego poniżej:

Nazwa sprzętu:

Uzasadnienie zaświadczenia (należy podać rodzaj schorzenia lub dysfunkcji osoby z niepełnosprawnością oraz medyczne uzasadnienie potrzeby stosowania wskazanego sprzętu):

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)