

.....
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:

Używane przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne
potrzeby w tym zakresie:.....

.....
Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta
dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**):

☐	narząd ruchu, w zakresie:	pieczęć i podpis lekarza
☐	brak obu kończyn górnych	pieczęć i podpis lekarza
☐	znaczny niedowład obu kończyn górnych	pieczęć i podpis lekarza
☐	jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej	pieczęć i podpis lekarza
☐	jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych	pieczęć i podpis lekarza
☐	jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych	pieczęć i podpis lekarza
☐	inne schorzenia (określić jakie)	pieczęć i podpis lekarza

Wskazania dotyczące potrzeby prowadzenia przez pacjenta rehabilitacji w warunkach domowych,
przy użyciu określonego sprzętu rehabilitacyjnego (*należy podać dokładną nazwę sprzętu wraz
z uzasadnieniem korzystania z niego*).

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

.....
pieczęć i podpis lekarza