

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

1. Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

.....

2. Czy pacjent wymaga rehabilitacji w warunkach domowych?:

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, proszę wskazać przy użyciu jakiego sprzętu rehabilitacyjnego*:

.....

.....

.....

3. Uzasadnienie konieczności korzystania z w/w sprzętu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* sprzęt rehabilitacyjny – to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w domu, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.