

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....

PESEL

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> schorzenia układu neurologicznego |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu oddechowego | | |

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny* (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności w/w osoby) do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych :

.....
.....

3. Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty) :

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

⊙* właściwie zaznaczyć

⊙** **sprzęt rehabilitacyjny** – to sprzęt niezbędny do prowadzenia ćwiczeń i zabiegów rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania oraz integracji społecznej.