

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Nazwisko i imię

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu | <input type="checkbox"/> inne |

Opis schorzeń:

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

Określenie sprzętu rehabilitacyjnego:

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

Powyższy sprzęt jest:

- niezbędny wskazany zbędny

do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwe zaznaczyć