



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*:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ choroby psychiczne | ☐ narząd wzroku | ☐ układ krążenia |
| ☐ choroby neurologiczne | ☐ narząd słuchu | ☐ układ oddechowy |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ układ ruchu | ☐ 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