

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego
dla osób niepełnosprawnych ze środków PFRON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(wydane na potrzeby PCPR)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

TAK

NIE

Rodzaj zalecanego **sprzętu rehabilitacyjnego** związanego z indywidualnymi potrzebami
wynikającymi z niepełnosprawności:

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

Krótkie uzasadnienie niniejszego zaświadczenia:

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

.....
data

.....
(Pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)