…….....…….. ……...
(pieczęć zakładu) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkowie celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

1. WNIOSKODAWCA

   Imię i nazwisko ……..

   Data i miejsce urodzenia …….

   Adres zamieszkania ……..

   Nr PESEL …….....

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz inne współistniejące choroby, a także schorzenia wynikające z rodzaju niepełnosprawności
   ……..
   ……
   ……..
   ……..
   ……
   ……

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego?

   ☐ TAK ☐ NIE

4. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (podać nazwę) ……...

5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu oraz rokowania na przyszłość, w tym przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

.....
Pieczątka imienna
i podpis lekarza -specjalisty wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia