

.....  
(pieczęć zakładu)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu**  
**Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE)

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

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

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

**Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia**