

.....
.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego
ze środków PFRON

zaświadczenie należy wypełnić CZYTELNIE, wypełnia lekarz specjalista stosownie do rodzaju
niepełnosprawności, lub lekarz specjalista rehabilitacji

I. Dane personalne

| | |
|-----------------------|--|
| Imię i nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Miejsce zamieszkania: | |

II Informacje dotyczące stanu zdrowia

| | |
|---|---|
| Choroba zasadnicza | |
| Rodzaj niepełnosprawności, opis posiadanej dysfunkcji | |
| Używane zaopatrzenie ortopedyczne/ sprzęt rehabilitacyjny | |
| Wymaga rehabilitacji w warunkach domowych | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Nazwa rodzaj zalecanego sprzętu: | |
| | |
| Miejscowość, data | Podpis i pieczęć lekarza |