

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (właściwe zaznaczyć):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu (wpisać jaka)

.....

- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- inne (wpisać jakie)

.....

Stwierdzam konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, ze względu na zachodzącą potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu

TAK NIE

(podać nazwę zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego):

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

Stwierdzam brak przeciwwskazań medycznych do użytkowania wyżej wymienionego sprzętu przez osobę, której dotyczy zaświadczenie w warunkach domowych.

TAK NIE

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w w/w sprzęt rehabilitacyjny:

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

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sieradzu w związku z ubieganiem się ww. o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

.....
(data) (pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)