

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (właściwie 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 (podać nazwę zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego):
.....
.....

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w w/w sprzęt rehabilitacyjny:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
(data)

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