

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....
(miejsowość)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko pacjenta.....
Data urodzenia.....
PESEL:.....

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności.....
.....
.....

3. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ PACJENTA DOTYCZY (ZAKRESLIĆ WŁAŚCIWE)
narząd ruchu w zakresie:

- brak obu kończyn górnych
- dysfunkcja obu kończyn górnych
- brak obu kończyn dolnych
- dysfunkcja obu kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i obu dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej obu kończyn górnych i jednej dolnej
- jednoczesnej dysfunkcji obu kończyn górnych i obu dolnych
- jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i jednej kończyny dolnej

inne schorzenie.....

4. Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu:
(wymienić rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego)
.....
.....
.....

**5. UZASADNIENIE INDYWIDUALNEJ POTRZEBY/CEL I ZASADNOŚĆ JAKIEMU
MA SŁUŻYC WNOSKOWANE URZĄDZENIE**
.....
.....
.....

.....
(pieczęćka i podpis lekarza rodzinnego/specjalisty)

SPRZĘT REHABILITACYJNY - to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

Do wniosku należy dołączyć:

1. **Kopię** aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność;
2. Zaświadczenie lekarskie wydane przez **lekarza specjalistę** o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, określające rodzaj i zakres niepełnosprawności oraz potwierdzające konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
3. Fakturę pro – forma bądź kosztorys sprzętu rehabilitacyjnego;