

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA O POTRZEBIE PROWADZENIA REHABILITACJI W WARUNKACH
DOMOWYCH PRZY UŻYCIU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO¹**

WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU
w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania²

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> Choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> Padaczka |
| <input type="checkbox"/> Schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> Inne (jakie?)..... |

.....

2. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

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

3. Określenie rodzaju i/lub nazwy sprzętu rehabilitacyjnego niezbędnego do prowadzenia
rehabilitacji w warunkach domowych:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie lekarza ważne jest przez okres 30 dni od daty wystawienia

² W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu