…….. ……, dnia ……..
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej miejscowość
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PFRON

w celu dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko …….....
Data urodzenia…….....
Adres zamieszkania: …….....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej…….....
…….....

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące
…….....
.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie…….....

5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);
   - narząd ruchu, w zakresie……
   - brak obu kończyn górnych/dolnych
   - znaczny niedowład obu kończyn górnych/dolnych
   - jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
   - jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
   - jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
   - ☐ inne schorzenie: …….

6. **Uzasadnienie potwierdzające konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wymienionym sprzęcie rehabilitacyjnym:**
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

pieczątka i podpis lekarza specjalisty