

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Załącznik nr 1**  
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON  
do sprzętu rehabilitacyjnego

## **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 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
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty