

.....  
(*Pieczętka* zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

.....  
(*miejsowość i data*)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON  
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

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

**3. Zalecany rodzaj, typ sprzętu rehabilitacyjnego:**

.....  
.....

**4. Uzasadnienie, że w/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny w procesie rehabilitacji  
i stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:**

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

**5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy  
użyciu w/w sprzętu:**

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

.....  
(*pieczętka i podpis lekarza specjalisty  
rehabilitacji medycznej / neurologa / ortopedy*)