

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Data urodzenia..... Nr PESEL

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie:

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu /układu

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN GÓRNYCH:

- ☐ pełna
- ☐ częściowo ograniczona
- ☐ całkowicie niesprawne

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH:

- ☐ pełna
- ☐ częściowo ograniczona z
pomocą
- ☐ całkowicie niesprawne z
pomocą

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- ☐ samodzielnie
- ☐ z częściową pomocą
- ☐ wyłącznie z pomocą
- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ jest osobą leżącą

ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

Stwierdzam, że zachodzi / nie zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu.**

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* dla potrzeb uzyskania dofinansowania ze środków PFRON

** właściwe podkreślić