

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pultusku celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna, epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- schorzenie neurologiczne
- inne (jakie?).....

3. Czy zaleca się zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny?

Tak

Nie

.....
(pełna nazwa sprzętu)

* zaznaczyć właściwe

4. Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji Wnioskodawcy w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)