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

miejscowość i data

|  |
| --- |
| **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** |

wydane dla potrzeb PCPR w celu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON

Imię i nazwisko ............................................................................................................................

Adres/miejsce pobytu: ..................................................................................................................

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

PESEL: ........................................................................................................................................

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej ..................................................................................

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

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,

potrzebny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych:

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

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

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej pieczątka i podpis lekarza

lub praktyki lekarskiej wystawiającego zaświadczenie