

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **sprzętu rehabilitacyjnego**
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

I. Przyczyna niepełnosprawności /proszę zakreślić właściwe pole /

- ☐ upośledzenie umysłowe,
- ☐ choroby psychiczne,
- ☐ zaburzenia głosu, mowy,
- ☐ choroby słuchu,
- ☐ choroby narządu wzroku,
- ☐ choroby narządu ruchu,
- ☐ epilepsja,
- ☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
- ☐ choroby układu pokarmowego,
- ☐ choroby układu moczowo- płciowego,
- ☐ choroby neurologiczne,
- ☐ inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

II. Opis niepełnosprawności:

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

III. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego sprzętu:

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

.....
pieczęć, podpis lekarza