

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków
PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

..... dn.
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania*.....

Rodzaj schorzenia*

- choroby neurologiczne
- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- schorzenie układu krążenia
- układ oddechowy
- inne (jakie?).....

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego, o który ubiega się osoba niepełnosprawna:

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

Czy istnieje konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny oraz potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, o który ubiega się osoba niepełnosprawna- (uzasadnić)?

Jakie są przewidywane efekty rehabilitacji?

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Właściwie zaznaczyć