

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łąncucie
- do realizacji zadania dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

(Prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko:

Numer PESEL

Adres zamieszkania

jeżeli osoba nie ma nadanego numeru PESEL

data i miejsce urodzenia

1. Rozpoznanie chorobowe:

2. Przy pomocy jakiego sprzętu rehabilitacyjnego (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności dla ww. osoby) zaleca się prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych? (podać nazwę sprzętu):

3. Czy wobec wyżej wymienionej osoby zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wymienionego sprzętu rehabilitacyjnego?

Tak Nie

4. Krótkie uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych wymienionym sprzętem rehabilitacyjnym oraz przewidywane efekty tej rehabilitacji.

.....
*Pieczętka imienna i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie*

sprzęt rehabilitacyjny – to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej