



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

.....

Rodzaj schorzenia

.....

.....

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego.....

.....

.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę
sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej:

.....

.....

.....

Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww.
sprzętu.

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza