Załącznik nr 1c do formularza wniosku

……
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

…....., **dnia**…….

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Adres .....
3. Data i miejsce urodzenia ……..
4. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
5. Rozpoznanie choroby oraz inne współistniejące choroby, a także schorzenia wynikające z rodzaju niepełnosprawności

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……
6. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego:

   ☐ tak ☐ nie
7. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (podać nazwę):

   ……

   ……
8. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu oraz rokowania na przyszłość, w tym przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności:

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

..... , dnia .....
(**miejscowość**) (**data**)

.....
pieczątka, nr_ i podpis lekarza