

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego

<b>Imię i nazwisko:</b>	.....
<b>Adres:</b>	..... .....
<b>PESEL:</b>	.....
<b>Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:</b>	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia <input type="checkbox"/> inne
<b>Stwierdza się, że w/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:</b>	..... ..... .....
<b>Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:</b>	..... ..... .....
<b>Stwierdza się, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu powyższego sprzętu rehabilitacyjnego.</b>	

.....  
(Data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza specjalisty)