

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

*wydane dla potrzeb PCPR w Kolbuszowej*

### **dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności

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

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.....

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

4. Zachodzi /nie zachodzi\*/ potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

.....  
miejsceowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\* właściwe podkreślić