

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia osób  
niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko pacjenta.....  
PESEL.....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu w zakresie:
- ☐ kończyn dolnych
  - ☐ kończyn górnych
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroby neurologiczne
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenie układu oddechowego i krążenia
- ☐ inne (jakie?).....

**Pacjent wymaga\*:**

1. zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:    ☐ tak    ☐ nie

Rodzaj sprzętu (nazwa):.....  
.....  
.....

Uzasadnienie:.....  
.....  
.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\*właściwe zaznaczyć

O dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.