

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

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osoby z niepełnosprawnościami o dofinansowanie ze  
środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Imię i nazwisko pacjenta: .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej: .....  
.....  
.....

II. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji<sup>x</sup>:

- dysfunkcja narządu wzroku: osoba niewidoma/niedowidząca/głuchoniewidoma\*
- dysfunkcja narządu ruchu:
  - osoba leżąca,
  - osoba poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego
  - osoba poruszająca się za pomocą balkonika, trójnożu, kul inwalidzkich
- choroby neurologiczne
- inna przyczyna niepełnosprawności (podać jaka).....  
.....

III. Rodzaj niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego:

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

IV. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu  
wnioskowanego sprzętu <sup>x</sup>:  tak  nie

V. Czy istnieją przeciwwskazania do stosowania wnioskowanego sprzętu<sup>x</sup>:  tak  nie

VI. W jaki sposób wnioskowany sprzęt wpłynie na poziom funkcjonowania, jakość życia i integrację  
społeczną osoby niepełnosprawnej.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*niepotrzebne skreślić  
x właściwie zaznaczyć

### **UWAGA!**

**Sprzęt rehabilitacyjny**, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Jest to sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji