

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia\***

uwzględniające konieczność korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Rodzaj niepełnosprawności:

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny/Jaki?.....

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....  
.....

4. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego?

TAK       NIE

5. Uzasadnienie lekarza potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu rehabilitacyjnego

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

.....

pieczętka i podpis lekarza

\*dla potrzeb PCPR w Aleksandrowie Kujawskim