Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie**
(Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko…………………………………………………………………………………………..
Data i miejsce urodzenia…………………………………………Nr PESEL…………………………
Adres zamieszkania……………………….……………………………………………………………
Rozpoznanie:…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….
Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu……………….,.………………………………………

**SPRAWNOŚĆ**

**KOŃCZYN GÓRNYCH:**

**SPRAWNOŚĆ**

**KOŃCZYN DOLNYCH:**

**OSOBA PORUSZA SIĘ:**

□ pełna
□ częściowo ograniczona

□ całkowicie niesprawne

□ pełna

□ częściowo ograniczona

□ całkowicie ograniczona

□ samodzielnie

□ z częściową pomocą

□ wyłączenie z pomocą

□ na wózku inwalidzkim

□ jest osobą leżącą

**ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:**
oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych

□ jednostronne □ obustronne
oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych

□ jednostronne □ obustronne
□ wózek inwalidzki

□ kule łokciowe

□ inne (jakie) ...........................................................................................................................................

**ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:**……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………
Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wyżej wymienionego sprzętu.

................................... …………..............................................
 Data Pieczęć i podpis lekarza specjalisty