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