

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

..... dn. ....

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez **lekarza specjalistę dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim** w celu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON  
**Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL:

#### **1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):**

<input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	<input type="checkbox"/> schorzenie psychiczne
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu	
<input type="checkbox"/> osoba leżąca nie będąca w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim samodzielnie
..... (pieczęć i podpis lekarza)	..... (pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy kul, trójnogu, balkonika, itp.	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim wyłącznie przy pomocy osób trzecich
..... (pieczęć i podpis lekarza)	..... (pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> osoba korzystająca z protez/y	<input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/y :
..... (pieczęć i podpis lekarza)	..... (pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniewidoma)
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma)	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów słuchu i mowy
<input type="checkbox"/> epilepsja	<input type="checkbox"/> schorzenie neurologiczne
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
<input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności , (jaka?) .....	

#### **2. Zaleca się zaopatrzenie w (proszę wskazać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego):**

.....

#### **3. Istnieje potrzeba prowadzenia rehabilitacji Pacjenta w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):**

Nie  Tak – uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)