

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

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 (pieczęć i podpis lekarza)	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim samodzielnie (pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy kul, trójnogu, balkonika, itp. (pieczęć i podpis lekarza)	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim wyłącznie przy pomocy osób trzecich (pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> osoba korzystająca z protez/y (pieczęć i podpis lekarza)	<input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/y : (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)