Miejscowość ………………………….

dnia ……………………………………

###### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR

w celu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i Nazwisko .........................................................................................................

PESEL ………...........................................................................................................

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej .......................................................................................

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

Zgodnie z definicją słownikową :

* **Sprzęt rehabilitacyjny** – to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
1. Zalecany rodzaj, typ sprzętu rehabilitacyjnego

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

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

1. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych?

 TAK  NIE

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

 pieczątka zakładu opieki zdrowotnej pieczątka i podpis lekarza specjalisty

 lub praktyki lekarskiej wystawiającego zaświadczenie