

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.

2. Zalecany rodzaj, typ sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

.....

.....

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych?

TAK     NIE

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie