

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie w celu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Przyczyna niepełnosprawności / rodzaj schorzenia:

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

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (wymienić jaki):

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

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty):

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

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu?

TAK NIE

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i pieczęć lekarza)