

stempel zakładu opieki zdrowotnej

(WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON kosztów zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Adres

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
.....

4. Wskazania do rehabilitacji (wymienić na jakim sprzęcie)

.....
.....

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zaznaczyć