

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

Miejscowość ....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomsku - dofinansowanie**  
**ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)** .....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu .....

**Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu\*:**

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

**Sprawność**

**kończyn górnych\*:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**kończyn dolnych\*:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**Osoba porusza się\*:**

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

**Aktualnie używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny:**

**Potrzeby w zakresie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:** .....

.....

**Osoba wymaga prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego sprzętu:**

- tak
- nie

**Uzasadnienie potrzeby zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:** .....

.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty