Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach w celu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia ***w sprzęt rehabilitacyjny***

Imię i nazwisko ……

PESEL albo nr dokumentu tożsamości ……...

Adres zamieszkania ……..

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- ○ dysfunkcji narządu ruchu
- ○ dysfunkcji narządu wzroku
- ○ dysfunkcja narządu słuchu
- ○ innej dysfunkcji .....……....

  ……..

Przedmiot dofinansowania (rodzaj sprzętu niezbędnego do rehabilitacji w warunkach domowych):

……...

……...

Uzasadnienie zakupu wyżej wymienionego sprzętu rehabilitacyjnego:

……...

……...

……...

Przewidywane efekty rehabilitacji przy korzystaniu z ww. sprzętu rehabilitacyjnego:

……...

……..

…… ……..

miejscowość, data *pieczątka i podpis lekarza*