

## Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### Rodzaj schorzenia\*

- choroby psychiczne,

- narząd wzroku,

- układ krążenia,

- choroby neurologiczne,

- narząd słuchu,

- układ oddechowy,

- upośledzenie umysłowe,

- układ ruchu,

- inne.

### Informacja o stanie zdrowia

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

Czy istnieje konieczność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny uzasadniona potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.\*

TAK

NIE

**Rodzaj (nazwa) zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego** związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, którego zakup spowodowany jest potrzebą prowadzenia przy użyciu tego sprzętu rehabilitacji w warunkach domowych:

.....  
.....

### Uzasadnienie wniosku

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

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

\* właściwe zaznaczyć