

Załącznik Nr 1

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Chodzież, dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię .....

adres .....

**Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz oceny stanu zdrowia stwierdzam występowanie u w/w Pacjenta następujących dysfunkcji: \***

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe )	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia**	

Potwierdzenie konieczności nabycia sprzętu rehabilitacyjnego:

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

**Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chodzieży w związku z ubieganiem się ww. o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sprzętu rehabilitacyjnego.**

.....

Pieczęć i podpis lekarza

\* należy wstawić znak X w wolnym polu obok każdej z występujących dysfunkcji

\*\* należy zaznaczyć jedynie w przypadku nie zaliczenia pacjenta do żadnej z czterech w/w grup dysfunkcji