

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lekarza lub praktyki lekarskiej

.....  
Data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR  
w celu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej .....

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

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności  
konieczny do rehabilitacji w domu

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

.....  
pieczętka i podpis  
wystawiającego zaświadczenie