

**Zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność zakupu
sprzętu rehabilitacyjnego**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia (właściwe podkreślić)

choroby psychiczne

narząd wzroku

układ krążenia

choroby neurologiczne

narząd słuchu

układ oddechowy

upośledzenie umysłowe

układ ruchu

inne

Konieczność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny uzasadniona jest potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (właściwe podkreślić)

TAK

NIE

Rodzaj zaleconego sprzętu rehabilitacyjnego, związanego z indywidualnymi potrzebami, wynikającymi z niepełnosprawności.

.....
.....

UZASADNIENIE WNIOSKU

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

Data:

.....

Pieczętka i podpis lekarza