

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy  
**dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.**  
(prosimy wypełnić czytelnie)

1. Imię.....

2. Nazwisko.....

3. PESEL .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej Pacjenta stwierdza się, że:

I. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji **w warunkach domowych**:

**TAK**  **NIE**

II. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny):

Upośledzenie umysłowe

Choroby psychiczne

Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

Choroby narządu wzroku

Upośledzenie narządu ruchu

Epilepsja

Choroby układu oddechowego i krążenia

Choroby układu pokarmowego

Choroby układu moczowo-płciowego

Choroby neurologiczne

Całościowe zaburzenia rozwojowe

Inne: .....

**III.** Przy pomocy jakiego sprzętu rehabilitacyjnego (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności ww. osoby) zaleca się prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych?

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

**IV.** Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności pacjenta uzasadniające potrzebę zakupu w/w urządzenia/ sprzętu oraz wskazanie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy jego użyciu

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie