

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach w celu dofinansowania ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,
**dotyczy rehabilitacji społecznej osoby niepełnosprawnej, nie rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków
Narodowego Funduszu Zdrowia**

UWAGA: dofinansowanie ze środków PFRON nie dot. rehabilitacji leczniczej

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Imię i Nazwisko

PESEL

Miejsce zamieszkania

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność dotyczy narządu/układu:

.....
Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:
.....
.....

3. Stopień sprawności kończyn dolnych: *

- pełna
 częściowe ograniczenie w zakresie: jednej dwóch kończyn
 całkowity niedowład: jednej dwóch kończyn

Stopień sprawności kończyn górnych: *

- pełna
 częściowe ograniczenie w zakresie: jednej dwóch kończyn
 całkowity niedowład: jednej dwóch kończyn

Osoba porusza się: *

- Samodzielnie
 Z pomocą
- Na wózku inwalidzkim
 Osoba leżąca

4. Rodzaj sprzętu, o który wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

.....
(nazwa sprzętu)

5. Czy pacjent jest w stanie samodzielnie bez pomocy osób drugich użytkować wnioskowany sprzęt? *

Tak

Nie

Uzasadnienie (w jaki sposób zakup w/w sprzętu wpłynie na poprawę funkcjonowania klienta):

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis specjalisty

* właściwie zakreślić znakiem X