

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Krosno, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Do potrzeb Urzędu Miasta Krosna w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej
o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Część I. Wypełnia osoba niepełnosprawna

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

.....
Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego o zakup którego ubiega się wnioskodawca

Część II. Wypełnia lekarz.

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ dysfunkcja narządu wzroku |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ choroba psychiczna | ☐ epilepsja |
| ☐ schorzenia układu krążenia | | |
| ☐ inne (jakie?) | | |

Czy osoba niepełnosprawna posiada trudności w poruszaniu się

- ☐ tak ☐ nie

Osoba niepełnosprawna zaopatrzona jest w przedmioty ortopedyczne:

- ☐ protezowanie /zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- ☐ oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- ☐ wózek inwalidzki ☐ kule łokciowe ☐ inne (jakie?).....

Konieczność opieki drugiej osoby w codziennym funkcjonowaniu

- ☐ Nie ☐ Tak - uzasadnienie

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

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji powodującego niepełnosprawność

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego określonego przez osobę niepełnosprawną w części I - uzasadnić

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć imienna i podpis lekarza