

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nidzicy

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL:

1) Rozpoznanie choroby zasadniczej

2) Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

3) Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

4) Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

5) Konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stosownie do potrzeb wynikających
z niepełnosprawności **TAK / NIE** *
podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego **

*(uzasadnić konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
tego sprzętu)*

.....
pieczętka i podpis lekarza prowadzącego
wystawiającego zaświadczenie

* właściwie zaznaczyć

** **Sprzęt rehabilitacyjny** służy do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu i wspomaga proces rehabilitacji. Zgodnie z definicją słownikową, sprzęt rehabilitacyjny to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie, przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

Do sprzętu rehabilitacyjnego nie można zaliczyć sprzętu służącego do leczenia, diagnozowania lub zastępującego niesprawne organy (np. koncentrator tlenu, lampa BIOTRON).