

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL

3. Adres:

ulica i numer domu: .....

miejsowość: .....

kod pocztowy: .....

4. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta (opis)

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

5. Zalecenia lekarskie: w zakresie wskazań do posiadania sprzętu rehabilitacyjnego celem rehabilitacji w warunkach domowych ze względu na niepełnosprawność, współistniejące schorzenie oraz konieczność terapii **zaleca się posiadanie sprzętu rehabilitacyjnego w postaci** (zaznaczyć właściwe pole/pola):

a) **stołu rehabilitacyjnego elektrycznego do terapii metodą NDT Bobath i Vojty w warunkach domowych** ze względu na niepełnosprawność współistniejące schorzenie oraz konieczność systematycznej terapii w warunkach domowych ;

b) **stołu rehabilitacyjnego elektrycznego do terapii w warunkach domowych** ze względu na niepełnosprawność współistniejące schorzenie oraz konieczność systematycznej terapii w warunkach domowych;

c) **rotoru rehabilitacyjnego** ze względu na niepełnosprawność współistniejące schorzenie oraz konieczność systematycznej terapii w warunkach domowych;

d) **bieżni rehabilitacyjnej** ze względu na niepełnosprawność współistniejące schorzenie oraz konieczność systematycznej terapii w warunkach domowych;

e) **tablic do ćwiczeń manualnych** ze względu na niepełnosprawność współistniejące schorzenie oraz konieczność systematycznej terapii w warunkach domowych;

f) **inny sprzęt rehabilitacyjny do terapii w warunkach domowych** – (wskazać należy jaki)  
.....  
.....  
.....

\* Uwagi (np. dalsze zalecenia w zakresie konieczności posiadania dodatkowych sprzętów rehabilitacyjnych do terapii w warunkach domowych niewymienionych powyżej)

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza