

Sprzęt rehabilitacyjny – to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZASWIADCZENIE

Lekarza lub specjalisty logopedy, rehabilitanta, który określił potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności.

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

1. Przyczyny niepełnosprawności:

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

2. Zalecany sprzęt do rehabilitacji:

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

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia czynnej rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu?

--	--

TAK

NIE

*właściwe zaznaczyć

.....
Pieczętka i podpis