

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Data urodzenia:

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim:

5. Czy osoba jest leżąca:

6. Używane inne zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

7. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem *

TAK (uzasadnić)

.....
.....

NIE

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy *

A. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk

B. inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)

C. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

D. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

E. dysfunkcja narządu wzroku

.....
Pieczętka i podpis lekarza

* właściwe zaznaczyć