

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych,
w komunikowaniu się i technicznych

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....
.....

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy*:

- a) dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, przy pomocy kul lub balkonika, wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
- b) inna dysfunkcja narządu ruchu
(jaka?).....
- c) dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- d) deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- e) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- f) dysfunkcja narządu wzroku
- g) inna niepełnosprawność
(jaka?).....

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*właściwe zaznaczyć