(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik Nr 1do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR w Białogardzie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta……

Data urodzenia……

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej…….....

…….

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o 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) dysfunkcja narządu wzroku
d) inne:.....

……..
Pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*** właściwe zaznaczyć**