

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do likwidacji barier technicznych

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

3. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- Dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się :
 - na wózku inwalidzkim (osoba z plegią kończyn dolnych),
 - za pomocą kul, laski, balkoniku, protez, trójnogu lub innych środków pomocniczych,
 - osoba leżąca i wymagająca opieki osoby drugiej,
 - inna dysfunkcja narządu ruchu, jaka?.....
 - osoba porusza się samodzielnie
- dysfunkcji narządu wzroku
- dysfunkcji narządu słuchu
- inne (podać jakie):

4. Opis trudności jakie ma Pacjent z wykonywaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością - CZYTELNIE

5. Zalecany przedmiot/urządzenie/sprzęt/pomoce techniczne, który/które ułatwi Pacjentowi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem – CZYTELNIE

6. Posiadanie ww. urządzeń/sprzętu/pomocy technicznych zlikwiduje bariery techniczne w miejscu zamieszkania Pacjenta, tym samym wpłynie na poprawę jej funkcjonowania w następujący sposób:

.....
pieczęćka i podpis lekarza specjalisty