

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

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych

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 ruchowa pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

<input type="checkbox"/>	Osoba leżąca	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba mająca protezę/y kończyn/y (jakiej)	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się za pomocą balkonika/kuli/kul/trójnogu*	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się samodzielnie	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenia pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu i przemieszczaniu się:	Pieczętka i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić

4. Pacjent wymaga przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności (zakreślić właściwe);

tak, jakich?

nie

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty