

.....
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 – 2026 rok

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):

<input type="checkbox"/>	Osoba leżąca i wymagająca opieki osoby drugiej	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się za pomocą kul/laski/balkonika/protezy/trójnogu lub innych środków pomocniczych	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja (podać jaka):	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty