

.....
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
(dot. łóżka rehabilitacyjnego) – 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
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim z powodu <u>plegii lub parezy kończyn dolnych w stopniu nierokującym istotnej poprawy</u>	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim/za pomocą kul/laski/balkonika/protezy/trójnogu lub innych środków pomocniczych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się samodzielnie	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne dysfunkcja	Pieczętka i podpis lekarza

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:

.....
pieczętka i podpis lekarza