

stempel zakładu opieki zdrowotnej

(WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Wydane na potrzeby PCPR**

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 leżająca:.....

6. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności \*

**TAK** (uzasadnić)

.....

.....

**NIE**

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe zaznaczyć