

stempel zakładu opieki zdrowotnej

(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE)

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

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 leżącą:

6. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier w komunikowaniu się, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem *

TAK (uzasadnić)

.....

.....

NIE

.....
Data

.....
Pieczątką i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*** właściwe zaznaczyć**