

stempel zakładu opieki zdrowotnej

(WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Adres

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 technicznych 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