



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji
barier architektonicznych** z udziałem środków **PFRON**
należy wypełnić CZYTELNE w języku polskim

Imię i nazwisko _____ **PESEL** _____

Adres zamieszkania _____

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

☐ dysfunkcji narządu ruchu* - **zdolność poruszania się:**

☐ samodzielnie, ☐ za pomocą kuli/kul, ☐ za pomocą balkonika,

☐ na wózku inwalidzkim w mieszkaniu i na zewnątrz*/ tylko na zewnątrz*

☐ osoba mająca protezę, ☐ inne przedmioty ortopedyczne – jakie _____

☐ osoba nie poruszająca się samodzielnie – leżąca,

☐ wrodzony brak lub amputacja nogi/nóg*, dłoni lub ręki/rąk*,

☐ dysfunkcji narządu wzroku*, ☐ dysfunkcji narządu słuchu*,

☐ innej dysfunkcji* _____

2. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności:

3. Ww. osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się polegające na:

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań:

5. Realizacja ww. zadań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych czynności życiowych w następujący sposób:

(miejscowość i data)

(podpis i pieczętka lekarza)

* właściwe zakreślić znakiem X