

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w
związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych*

1. Imię i nazwisko
2. Pesel
3. Adres
4. Rozpoznanie
.....
.....
.....
.....
5. Sposób poruszania się Pacjenta: *
 - a) samodzielnie
 - b) z pomocą przedmiotów ortopedycznych (jakich)
 - c) na wózku inwalidzkim
 - d) leżący
6. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis trudności lub ograniczeń w poruszaniu się w mieszkaniu (budynku))
.....
.....
.....
.....

....., dnia

.....
pieczętka i podpis lekarza

* zaznaczyć właściwe