

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Niepełnosprawność dotyczy dysfunkcji (proszę zakreślić właściwe pole):

- obu kończyn górnych obu kończyn dolnych
- jednej kończyny górnej jednej kończyny dolnej
- narządu wzroku
- innej dysfunkcji powodującej znaczne ograniczenie w przemieszczaniu się (jakiej?)

Opis zakresu dysfunkcji pacjenta wskazujący na ograniczenia swobody ruchu

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dotychczas używane przez pacjenta przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny

.....
.....

Dysfunkcja danego narządu / układu sprawia trudności w stopniu:

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

Osoba porusza się:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego
- niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego
- jest osobą leżącą

Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych TAK NIE

.....
pieczęć i podpis lekarza