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

…… ……..

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko pacjenta ….…….

PESEL ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Niepełnosprawność dotyczy dysfunkcji (proszę zakreślić właściwe pole):

□ obu kończyn dolnych
□ obu kończyn górnych
□ obu kończyn górnych i jednej dolnej
□ obu kończyn dolnych i jednej górnej
□ obu kończyn dolnych i obu górnych
□ jednej kończyny dolnej
□ jednej kończyny górnej
□ jednej kończyny dolnej i jednej górnej
□ narządu wzroku
□ innej dysfunkcji

Szczegółowy opis zakresu dysfunkcji pacjenta wskazujący na ograniczenia swobody ruchu

…….....……

……...……...……

Używane przez pacjenta przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: …….

.....

Niepełnosprawność 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

Informacje uzupełniające (rokowania):.....

…….....…….....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych* □ tak □ nie

.....

pieczęć i podpis lekarza

*__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.