

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

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Niepełnosprawność dotyczy dysfunkcji (proszę zakreślić właściwe pole):

- | | |
|--|---|
| ☐ obu kończyn dolnych | ☐ jednej kończyny dolnej |
| ☐ obu kończyn górnych | ☐ jednej kończyny górnej |
| ☐ obu kończyn górnych i jednej dolnej | ☐ jednej kończyny dolnej i jednej górnej |
| ☐ obu kończyn dolnych i jednej górnej | ☐ narządu wzroku |
| ☐ obu kończyn dolnych i obu górnych | ☐ innej dysfunkcji |

Szczegółowy opis zakresu dysfunkcji pacjenta wskazujący na potrzebę likwidacji barier technicznych

.....
.....

Używane przez pacjenta przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze 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):

.....
Zalecane przedmioty/ urządzenia w ramach likwidacji barier technicznych:

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

*** Bariery techniczne** to przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.