

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

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

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Wydane na potrzeby PCPR w Świdwinie**

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

**Imię i nazwisko pacjenta**.....

**Data urodzenia**.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**.....

**2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności**.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące**.....

**4. Czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim:** .....

**5. Czy osoba jest leżąca:**.....

**6. Używane inne zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**

**7. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem \***

- **TAK** (uzasadnić)

- **NIE**

**Niepełnosprawność pacjenta dotyczy \***

- a) dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
- b) inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....
- c) dysfunkcja narządu wzroku
- d) inne:.....

\* właściwe zaznaczyć

.....  
Pieczątką i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie