

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

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

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 technicznych 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) inne:.....

* właściwe zaznaczyć

.....
Pieczątką i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie