

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się o dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/> porusza się na wózku inwalidzkim
<input type="checkbox"/> porusza się o kulach
<input type="checkbox"/> porusza się z chodzikiem
<input type="checkbox"/> porusza się o lasce
<input type="checkbox"/> porusza się za pomocą protezy
<input type="checkbox"/> osoba stale/długotrwale leżąca
<input type="checkbox"/> brak lub niedowład kończyn górnych
<input type="checkbox"/> inna, jaka?..... | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku
<input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma
<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema
<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu mowy
<input type="checkbox"/> inna, jaka?..... |
|---|---|

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Schorzenia współistniejące

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

Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis lekarza