

ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE PRZEZ 3 MIESIĄCE OD DATY WYSTAWIENIA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **likwidacji barier architektonicznych*** w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej/badania stwierdza się:

(proszę zaznaczyć właściwe oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką:

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent jest osobą leżącą	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent po amputacji: <input type="checkbox"/> kończyn/y górnej <input type="checkbox"/> kończyn/y dolnej	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent niewidomy lub słabowidzący	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent wymaga zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne (zaznaczyć właściwe): <input type="checkbox"/> balkonik <input type="checkbox"/> kula/e <input type="checkbox"/> laska <input type="checkbox"/> trójnóg <input type="checkbox"/> orteza kończyn/y górnej <input type="checkbox"/> orteza kończyn/y dolnej <input type="checkbox"/> inne (jakie?)	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent ma inne schorzenia lub dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się: (wymienić jakie):	pieczętąka i podpis lekarza

* **Barier 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