

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 pieczętką:

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent jest osobą nie poruszającą się samodzielnie	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	pieczęć 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	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent niewidomy lub po utracie wzroku	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent ma inne schorzenia lub dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się: (wymienić jakie):	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Używane przez Pacjenta zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (wymienić jakie):	pieczęć 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