

.....
(*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej*)

.....
(*miejsowość i data*)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych,
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

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

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

3. Schorzenia współistniejące

.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy)

.....
.....

5. Uzasadnienie celowości likwidacji barier technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności.....

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

.....
**właściwe zaznaczyć

.....
(*pieczętka i podpis lekarza specjalisty*)