

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier architektonicznych
 (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

2. Rodzaj dysfunkcji lub schorzenia:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu i mowy |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma) <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca) <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniewidoma) | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> amputacja jednej lub obu nóg <input type="checkbox"/> wrodzony brak lub amputacja jednej lub obu rąk <input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)..... | |
| <input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) <input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> schorzenie neurologiczne <input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia <input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?) | |

3. Posiadane zaopatrzenie ortopedyczne:

.....

4. Uzasadnienie – czy posiadane schorzenie utrudnia lub uniemożliwia osobie niepełnosprawnej swobodne poruszanie się, uzasadniające dofinansowanie wnioskowanego zadania:

.....

.....
 Data

.....
 Pieczętka i podpis lekarza
 wystawiającego zaświadczenie