

.....  
.....  
.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej

## Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych  
ze środków PFRON

zaświadczenie należy wypełnić CZYTELNIE

### I. Dane personalne

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Miejsce zamieszkania:	

### II Informacje dotyczące stanu zdrowia

Choroba zasadnicza	
Rodzaj niepełnosprawności, opis posiadanej dysfunkcji	
Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> brak obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> brak jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> brak obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> brak jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> znaczny niedowład obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> znaczny niedowład obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej <input type="checkbox"/> jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych <input type="checkbox"/> inne schorzenie: ..... .....

.....  
.....  
.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej

<b>Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe)</b>	<input type="checkbox"/> osoba leżąca wymagająca opieki innych osób <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp. <input type="checkbox"/> osoba zaopatrzona w protezy: <input type="checkbox"/> kończyn górnych <input type="checkbox"/> kończyn dolnych <input type="checkbox"/> osoba z dysfunkcją narządu wzroku: <input type="checkbox"/> niedowidząca <input type="checkbox"/> niewidoma <input type="checkbox"/> inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie): ..... ..... .....
<b>Miejscowość, data</b>	<b>Podpis i pieczęć lekarza</b>

