

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

Zaświadczenie lekarskie

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

zaświadczenie należy wypełnić CZYTELNIE,

I. Dane personalne

| | |
|-----------------------|--|
| Imię i nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Miejsce zamieszkania: | |

II Informacje dotyczące stanu zdrowia

| | |
|--|---|
| Choroba zasadnicza | |
| Niepelnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe): | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu utrudniająca poruszanie się: <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"/> niepełnosprawność intelektualna: <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu:..... <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu:..... <input type="checkbox"/> zaburzenia mowy:..... <input type="checkbox"/> osoba z dysfunkcją narządu wzroku:..... <input type="checkbox"/> inne dysfunkcje utrudniające komunikowanie się |
| | |
| Miejscowość, data | Podpis i pieczęć lekarza |