…........................................................

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

IMIĘ I NAZWISKO............................................................................................................

PESEL .......................................................................................................................................

ADRES ZAMIESZKANIA............................................................................................................

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **dysfunkcji narządu ruchu** (zakreślić właściwe):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□** | osoba leżąca  | pieczątka i podpis lekarza specjalisty |
| **□** | osoba poruszająca się **wyłącznie** na wózku inwalidzkim (samodzielnie lub z pomocą) | pieczątka i podpis lekarza specjalisty |
| **□** | osoba z wrodzonym brakiem bądź amputacją kończyn:□ jednej kończyny górnej □ jednej kończyny dolnej□ obu kończyn górnych □ obu kończyn dolnych | pieczątka i podpis lekarza specjalisty |
| **□** | osoba poruszająca się przy użyciu balkonika, trójnogu, kul, laski i innych podpórek ułatwiających poruszanie się  | pieczątka i podpis lekarza specjalisty |
| **□** | inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się : ……………………………………………………………….………………………………………………………………. | pieczątka i podpis lekarza specjalisty |
| **□** | osoba poruszająca się samodzielnie | pieczątka i podpis lekarza specjalisty |

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

 data

…....................................................

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

wystawiającego zaświadczenie