

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia
(miejscowość)

Zaświadczenie lekarskie

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

Imię i Nazwisko:

PESEL:.....

Adres zamieszkania:

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

<input type="checkbox"/>	osoba leżąca	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba mająca protezę kończyny, (jakiej?)	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą balkonika	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą kuli/kul	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się samodzielnie	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się:	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba posiadająca dysfunkcję narządu wzroku, (jaką?)	pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis lekarza