

.....

Data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych wydane dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Cieszynie

Prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się: **tak** **nie**

<input type="checkbox"/>	Osoba leżąca	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu ortopedycznego (np. balkonika, kul, protezy)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się przy pomocy osób trzecich	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się samodzielnie	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Deficyt rozwojowy	Pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja powodująca trudności w poruszaniu się	Pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	--------------------------------

2. Czy dysfunkcja/dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się ma/mają charakter

stały czasowy

3. Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych w swoim najbliższym otoczeniu

tak nie

.....

Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie