

....., dnia
miejsowość

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PFRON – **likwidacja barier architektonicznych**
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole):

<input type="checkbox"/>	leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	poruszający się na wózku inwalidzkim	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	poruszający się przy pomocy balkonika*, trójnogu* lub kul łokciowych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	protezy: -kończyn górnych -kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta: - niedowidzący - niewidomy	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu i przemieszaniu się:	pieczętka i podpis lekarza

Uwagi dodatkowe:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić