

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

.....
Miejscowość i data wydania

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla celów złożenia wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier funkcjonalnych – zadania
finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta
dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe pole):

<input type="checkbox"/> Pacjent leżący	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Pacjent poruszający na wózku inwalidzkim	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Pacjent poruszający się przy pomocy balkonika, kul łokciowych albo laski	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Pacjent niedowidzący lub niewidomy	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Pacjent z dysfunkcją narządu słuchu* i mowy*	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	pieczęć i podpis lekarza
Opis schorzenia pacjenta:	pieczęć i podpis lekarza

* niewłaściwe skreślić