

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu

– 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	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba mająca protezę kończyny, jakiej:	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą balkonika	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą kuli/kul	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu wzroku, powodująca trudności w poruszaniu się	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się samodzielnie	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się:	pieczęć, nr i podpis lekarza

2. Czy dysfunkcja/dysfunkcje powodująca/e trudności w poruszaniu się ma/mają charakter (proszę uzupełnić)
stały/czasowy

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

¹ załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, na rok 2023.