.............................., dnia .................................

*miejscowość*

*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 ........................................................................................................................

PESEL …………………………………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich | pieczątka i podpis lekarza |
|  | poruszający się na wózku inwalidzkim | pieczątka i podpis lekarza |
|  | poruszający się przy pomocy balkonika\*, trójnogu\* lub kul łokciowych | pieczątka i podpis lekarza |
|  | protezy:  -kończyn górnych  - kończyn dolnych | pieczątka i podpis lekarza |
|  | niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta:  - niedowidzący  - niewidomy | pieczątka i podpis lekarza |
|  | **schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu i przemieszaniu się:**  …………………………………………………………….  …………………………………………………………….  …………………………………………………………….  ……………………………………………………………. | pieczątka i podpis lekarza |

Uwagi dodatkowe:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

pieczątka i podpis lekarza

\* *niepotrzebne skreślić*