***Załącznik Nr 2***

.............................., 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*):

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