

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

....., 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

PESEL

Miejsce zamieszkania

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy:

Pacjent leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent poruszający się na wózku inwalidzkim	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent poruszający się przy pomocy balkonika, trójnożnego lub kul łokciowych*	pieczętka i podpis lekarza
Pacjent posiadający protezy kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
Pacjenta niedowidzący lub niewidomy*	pieczętka i podpis lekarza
Inne schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu się oraz w przemieszczaniu się:	pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić