

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

1. Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

.....

2. Czy pacjent ma kłopoty w poruszaniu się?:

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

- ☐ osoba leżąca
☐ porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
☐ porusza się przy pomocy balkonika/chodzika
☐ porusza się przy pomocy kuli/laski
☐ inne, jakie

.....

3. Rodzaj koniecznego urządzenia w celu poprawy możliwości funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)