

.....
(stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

*(do potrzeb ubiegania się o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)*

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- ☐ dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcji narządu ruchu- osoba leżąca
- ☐ innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
- balkonika,
- ☐ innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
- kul, laski itp.
- ☐ innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
- osób drugih
- ☐ dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
- ☐ wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu mowy
- ☐ deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe)
- ☐ niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- ☐ inne dysfunkcje(podać jakie)

.....
.....
(krótka charakterystyka)

W/w. niepełnosprawność spowodowana jest.....

Nazwa sprzętu, o który ubiega się osoba niepełnosprawna w celu likwidacji barier technicznych

.....

Wskazana częstotliwość korzystania z w/w sprzętu

.....

Uzasadnienie konieczności korzystania w/w sprzętu w celu likwidacji barier technicznych*:

.....

.....

.....

.....

.....

*W treści uzasadnienia proszę wskazać, czy z uwagi na posiadane schorzenia osoba z niepełnosprawnościami ma trudności w wykonywaniu codziennych podstawowych czynności oraz, czy ma trudności w codziennym funkcjonowaniu, a także czy zachodzi potrzeba wykonywania tych czynności przy użyciu wnioskowanego sprzętu i/lub ma trudności techniczne uzasadniające dofinansowanie wnioskowanego sprzętu.

.....
Miejscowość i data

.....
(Podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie)