

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych*

1. Imię i nazwisko .....
2. Pesel .....
3. Adres .....
4. Rozpoznanie  
.....  
.....  
.....  
.....
5. Sposób poruszania się Pacjenta: \*
  - a) samodzielnie
  - b) z pomocą przedmiotów ortopedycznych (jakich) .....
  - c) na wózku inwalidzkim
  - d) leżący
6. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis trudności lub ograniczeń w poruszaniu się w mieszkaniu (budynku))  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\* **zaznaczyć właściwe**