

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych,  
w komunikowaniu się i technicznych

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Wydane na potrzeby PCPR**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**PESEL** .....

**1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące**

.....  
.....  
.....

**3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**

.....  
.....

**Niepełnosprawność pacjenta dotyczy\*:**

- a) dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, przy pomocy kul lub balkonika, wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
- b) inna dysfunkcja narządu ruchu  
(jaka?).....
- c) dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- d) deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- e) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- f) dysfunkcja narządu wzroku
- g) inna niepełnosprawność  
(jaka?).....

.....  
Pieczątką i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\*właściwe zaznaczyć