……………………………

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIEdla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mławie o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier architektonicznych(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko: ........................................................................................................................  
PESEL: ......................................................................................................................................  
Miejsce zamieszkania: ……………………………………………………………………….....  
1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: …......................................................................................  
…...................................................................................................................................................  
…...................................................................................................................................................  
…...................................................................................................................................................  
2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):  
□ brak obu kończyn górnych  
□ brak jednej kończyny górnej  
□ brak obu kończyn dolnych  
□ brak jednej kończyny dolnej  
□ znaczny niedowład obu kończyn górnych  
□ znaczny niedowład obu kończyn dolnych  
□ jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej  
□ jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych  
□ inne schorzenie: ….................................................................................................................  
…................................................................................................................................................  
3. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe):  
□ osoba leżąca wymagająca opieki innych osób  
□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim  
□ osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.  
□ osoba zaopatrzona w protezy:  
 □ kończyn górnych  
 □ kończyn dolnych  
□ osoba z dysfunkcją narządu wzroku:  
 □ niedowidząca  
 □ niewidoma  
□ inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):…………………………….....  
………………………………………………………………………………………………  
……………………………………………….........................................................................

4. Uwagi dodatkowe:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………… ………………………………

Data pieczątka i podpis lekarza