……………………………

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