

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych  
**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie chorobowe .....

.....

.....

.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....

.....

3. Czy pacjent porusza się na wózku inwalidzkim: ☐ TAK \* ☐ NIE\*

4. Bariery techniczne mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie przez ww. osobę niepełnosprawną z następujących urządzeń/sprzętów: (proszę wskazać nazwę zalecanych urządzeń/sprzętów)

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

\* właściwe zaznaczyć