

(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PCPR w Iławie

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania

PESEL

Rozpoznanie chorobowe:

Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące:

Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w poruszaniu się?

☐ TAK *

☐ NIE*

Na czym polegają te trudności i jaki jest ich stopień?

Pacjent porusza się : *

- ☐ samodzielnie
- ☐ z pomocą innych osób
- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ przy pomocy kul
- ☐ przy pomocy balkonika
- ☐ przy pomocy oprotezowania
- ☐ przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych, jakich?
- ☐ jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

* właściwe zaznaczyć X