



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie**  
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji**  
**barier architektonicznych** z udziałem środków **PFRON**  
**należy wypełnić CZYTELNIEM w języku polskim**

**Imię i nazwisko** \_\_\_\_\_ **PESEL** \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania** \_\_\_\_\_

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- dysfunkcji narządu ruchu\* - **zdolność poruszania się:**
- samodzielnie,  za pomocą kuli/kul,  za pomocą balkonika,
- na wózku inwalidzkim w mieszkaniu i na zewnątrz\*/ tylko na zewnątrz\*
- osoba mająca protezę,  inne przedmioty ortopedyczne – jakie \_\_\_\_\_
- osoba nie poruszająca się samodzielnie – leżąca,
- wrodzony brak lub amputacja nogi/nóg\*, dłoni lub ręki/rąk\*,
- dysfunkcji narządu wzroku\*,  dysfunkcji narządu słuchu\*,
- innej dysfunkcji\* \_\_\_\_\_

2. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności:

---

---

---

3. Ww. osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się polegające na:

---

---

---

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań:

---

---

---

5. Realizacja ww. zadań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych czynności życiowych w następujący sposób:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczętka lekarza)

\* właściwe zakreślić znakiem X