



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

### Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier technicznych** z udziałem środków **PFRON**  
**należy wypełnić CZYTELNICIE 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,

osoba leżąca,

osoba posiadająca protezę,

inne przedmioty ortopedyczne – jakie \_\_\_\_\_

dysfunkcji narządu wzroku,  dysfunkcji narządu słuchu,

inna dysfunkcja \_\_\_\_\_

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

---

---

---

3. Opis ograniczeń, jakie wynikają ze schorzenia - **uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych, przez które należy rozumieć bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej sprawniejsze działanie w społeczeństwie i umożliwienie jej funkcjonowanie w życiu codziennym:**

---

---

---

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań (podać rodzaj urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych):

---

---

---

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)