Załącznik nr 1 do formularza wniosku

……
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

…....., **dnia……**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych

prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....Adres.....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis): .....
.....
……
……
4. **Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie**
……
……
……
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):***

	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
	Brak obu kończyn górnych/dolnych, na wysokości/od: ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
	Znaczny niedowład obu kończyn górnych/dolnych, objawiający się: ……. ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
	Inne schorzenia: ……. …… …… …… ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

6. Uzasadnienie (informacja na temat trudności w poruszaniu się, które uniemożliwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności ze wskazaniem sposobu poruszania się np. na wózku inwalidzkim, o kulach, przy pomocy osób drugich, samodzielnie) ……
……
……
……

....., dnia .....
(**miejscowość**) (**data**)

.....
pieczątka, nr_ i podpis lekarza