

.....  
*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego*

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych**

Imię i nazwisko .....

PESEL

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres zamieszkania .....

### **1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: (w języku polskim)**

.....  
.....

### **2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się :
  - na wózku inwalidzkim
  - za pomocą kul, laski, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
  - inna dysfunkcja narządu ruchu .....
  - osoba leżąca
  - osoba porusza się samodzielnie
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne (podać jakie): .....

### **2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis trudności lub ograniczeń w poruszaniu się) w związku z uszkodzeniem narządów, układów lub chorób współistniejących :**

.....  
.....  
.....

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie pod którego  
opieką znajduje się osoba niepełnosprawna*