

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier
architektonicznych dla potrzeb PCPR w Trzciance

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność
Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu ruchu (zakreślić właściwe):

<input type="checkbox"/>	osoba leżąca	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba mająca protezę kończyny, jakiej:.....	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą balkonika	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą kuli/ kul	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się samodzielnie	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się :	pieczęć i podpis lekarza

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie