

....., dnia .....

.....  
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Płocku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych  
**(prosimy wypełnić czytelnie)**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

### I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

### II. Przyczyna niepełnosprawności (proszę zakreślić właściwe pole \*):

- upośledzenie umysłowe,
- choroby psychiczne,
- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku,
- choroby narządu ruchu,
- epilepsja,
- choroby układu oddechowego i krążenia,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby układu moczowo-płciowego,
- choroby neurologiczne,
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe.

### III. Opis niepełnosprawności związany z trudnościami w poruszaniu się (proszę zakreślić właściwe pole):

- osoba leżąca wymagająca opieki innych osób,
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim,
- osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.,
- osoba z dysfunkcją kończyn (proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje).....
- osoba zaopatrzona w protezy:
  - kończyn górnych,
  - kończyn dolnych,
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku:
  - niedowidząca,
  - niewidoma,
- inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się  
(opisać jakie):.....

### IV. Charakterystyka choroby (np.: trudności w poruszaniu się) oraz ewentualne potrzeby związane z likwidacją bariery architektonicznej:

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

.....  
( data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

