

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia

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, W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

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:

1. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje **trudności w poruszaniu się** ? (jeżeli tak, proszę wymienić jakie)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Potrzeby związane z likwidacją bariery architektonicznej: (proszę wymienić)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)