

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

.....
Pieczęć 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 CZYTELNICIE, W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

.....

2. Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim: ☐ tak ☐ nie

3. Pacjent porusza się przy pomocy: ☐ balkonika ☐ kul ☐ laski ☐ protezy
☐ inne.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

☐ jednoczesny niedowład obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych

☐ jednoczesny niedowład jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych

☐ jednoczesny niedowład jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych

☐ jednoczesny niedowład jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej

☐ niedowład jednej kończyny (proszę wskazać której)

☐ brak kończyny (proszę wskazać której)

☐ inne schorzenia powodujące trudności w poruszaniu się (proszę wskazać jakie)

.....

a) dysfunkcja narządu wzroku pacjenta dotyczy:

- ☐ jednego oka
- ☐ obydwu oczu
- ☐ nie dotyczy

b) pacjent ma zawężone pole widzenia:

- ☐ w oku lewym do: stopni
- ☐ w oku prawym do:stopni
- ☐ nie dotyczy

c) pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

- ☐ w oku lewym wynosi:
- ☐ w oku prawym wynosi:
- ☐ nie dotyczy

d) pacjent jest osoba niewidomą

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie dotyczy

5. Czy niepełnosprawność powoduje trudności w poruszaniu się?

- ☐ tak (proszę wskazać jakie)
- ☐ nie

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)