………………………………dn. …………………

Stempel zakładu opieki zdrowotnej   
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

WYDANE DLA POTRZEB PFRON

**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko pacjenta ………………………………………………………...……….…………..

Data urodzenia………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………...

**1. rozpoznanie choroby zasadniczej:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. przebieg schorzenia podstawowego, stadium zaawansowania choroby:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. uszkodzenia inny narządów i układów, choroby współistniejące:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4. ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6. uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-2)\***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….... ……………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………

Stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

1. \* uzupełnić, gdy niepełnosprawny ubiega się o likwidację w/w barier [↑](#footnote-ref-2)