……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. uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:
……
……
……

3. ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja:
……
……
……

4. używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:
……
……
……
……

5. uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej*
……
……
……....
……....
……....
……....
……....
……....

……
Stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* uzupełnić, gdy niepełnosprawny ubiega się o likwidację w/w barier