

Stempel zakładu opieki zdrowotnej , dnia
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków PFRON.
(prosimy wypełnić czytelnie)

1. Imię.....

2. Nazwisko.....

3. PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej Pacjenta stwierdza się, że:

I. Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków PFRON:

Porusza się samodzielnie

Za pomocą balkonika

Za pomocą kul inwalidzkich

Wyłącznie na wózku inwalidzkim

Jest osobą leżącą, wymagającą opieki osób drugih

Inne:

.....

II. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny):

Upośledzenie umysłowe

Choroby psychiczne

Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

Choroby narządu wzroku

- Upośledzenie narządu ruchu
- Epilepsja
- Choroby układu oddechowego i krążenia
- Choroby układu pokarmowego
- Choroby układu moczowo-płciowego
- Choroby neurologiczne
- Całościowe zaburzenia rozwojowe
- Inne:
-

III. Opis trudności pacjenta z wykonaniem podstawowych codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecany sprzęt bądź urządzenie, które ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych czynności lub kontaktów z otoczeniem

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

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie