

....., dnia.....
miejsowość

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole)

<input type="checkbox"/>	leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	Pieczętka i pieczęć lekarza
<input type="checkbox"/>	Poruszający się na wózku inwalidzkim	Pieczętka i pieczęć lekarza
<input type="checkbox"/>	Poruszający się przy pomocy balkonika* lub kul łokciowych*	Pieczętka i pieczęć lekarza
<input type="checkbox"/>	Protezy: - kończyn górnych - kończyn dolnych	Pieczętka i pieczęć lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu się i przemieszczaniu się:	Pieczętka i pieczęć lekarza

b) niepełnosprawność dotyczy dysfunkcji narządu wzroku

(proszę zakreślić właściwe pole):

Pacjent ma zwężone pole widzenia: <input type="checkbox"/> dotyczy; : <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
W oku lewym do 20 stopni	<input type="checkbox"/> tak; : <input type="checkbox"/> nie
W oku prawym do 20 stopni	<input type="checkbox"/> tak; : <input type="checkbox"/> nie
Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): <input type="checkbox"/> dotyczy; : <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
W oku lewym równa lub mniejsza niż 0,05	<input type="checkbox"/> tak; : <input type="checkbox"/> nie
W oku prawym równa lub mniejsza niż 0,05	<input type="checkbox"/> tak; : <input type="checkbox"/> nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza