

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

*Wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się*

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie.....

5. Pacjent **może/ nie może*** poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym uzasadnienie innej potrzeby.....

6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);

- narząd ruchu, w zakresie.....
- brak obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
- inne schorzenie:

7. Uzasadnienie indywidualnej potrzeby / cel jakiemu ma służyć wnioskowane urządzenie, sprzęt, wyposażenie:

- podać nazwę urządzenia/sprzętu/przedmiotu:

- uzasadnienie/cel:

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza

Zgodnie z § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) – o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.