

....., dnia .....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej .....  
lub gabinetu lekarskiego ..... miejscowość

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PFRON  
w celu dofinansowania do likwidacji barier technicznych  
(dot. łóżka rehabilitacyjnego)

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. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- Dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się :
  - na wózku inwalidzkim (osoba z plegią kończyn dolnych),
  - za pomocą kul, laski, balkoniku, protez, trójnogu lub innych środków pomocniczych,
  - osoba leżąca i wymagająca opieki osoby drugiej,
  - inna dysfunkcja narządu ruchu, jaka?.....
  - osoba porusza się samodzielnie
- inne (podać jakie): .....

4. Opis trudności jakie ma Pacjent z wykonywaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością - CZYTELNIE

5. Zalecany przedmiot/urządzenie/sprzęt/pomoce techniczne, który/które ułatwi Pacjentowi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem – CZYTELNIE

6. Posiadanie ww. urządzeń/sprzętu/pomocy technicznych zlikwiduje bariery techniczne w miejscu zamieszkania Pacjenta, tym samym wpłynie na poprawę jej funkcjonowania w następujący sposób:

.....  
pieczętka i podpis lekarza