

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

Miejscowość, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomsku - dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu*:

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

Sprawność

kończyn górnych*:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych*:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Osoba porusza się*:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny:

Rodzaj sprzętu/urządzenia służącego likwidacji barier technicznych, tj. ułatwieniu lub umożliwieniu osobie niepełnosprawnej funkcjonowania społecznego oraz funkcjonowania w życiu codziennym:

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych* tak nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych:

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*Bariery techniczne są to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna spowodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.