

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

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier
architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych

Imię i nazwisko pacjenta.....
PESEL.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu w zakresie:
- ☐ kończyn dolnych
 - ☐ kończyn górnych
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroby neurologiczne
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenie układu oddechowego i krążenia
- ☐ inne (jakie?).....

Pacjent wymaga*:

1. Likwidacji barier w komunikowaniu się ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Uzasadnienie oraz rodzaj sprzętu:.....
.....

2. Likwidacji barier technicznych ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Uzasadnienie oraz rodzaj sprzętu:.....
.....

3. Likwidacji barier architektonicznych ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Uzasadnienie.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

*właściwe zaznaczyć

Barier w komunikowaniu się – bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji

Barier techniczne – bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobom niepełnosprawnym funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.

Barier architektoniczne – fizyczne przeszkody ograniczające osobom niepełnosprawnym m.in. dostęp do budynków, pomieszczeń, sprzętów, mebli.