

Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielenia dofinansowania z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu

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

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu –
likwidacja barier architektonicznych - *(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

1. Imię i nazwisko Pacjenta
PESEL
Miejsce zamieszkania
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole/pola*)

<input type="checkbox"/>	Osoba leżąca, nie mogąca poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich (jeżeli zaznaczamy tę pozycję, to nie zaznaczamy poruszania się na wózku inwalidzkim, czy też przy pomocy balkonika itp.)	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim (jeżeli zaznaczamy tę pozycję to nie zaznaczamy poruszania się za pomocą balkonika itp.)	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się przy pomocy balkonika*, trójnogu* lub kul łokciowych *	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Protezy*, amputacje * kończyn górnych *, kończyny górnej* kończyn dolnych , kończyny dolnej*	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta : niedowidzący* niewidomy*	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenia Pacjenta, które w skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu się i przemieszczaniu się (zaznaczamy ten punkt, jeżeli osoba nie kwalifikuje się do wyżej wymienionych pozycji)	Pieczętka i podpis lekarza

Uwagi dodatkowe :

.....
.....

.....
** niepotrzebne skreślić*

.....
Pieczętka lekarza specjalisty/prowadzącego