

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie
dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sierpcu w celu dofinansowania
ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia
4. PESEL.....
5. Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis).....
.....
.....
6. Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie.....
.....
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
 - a) dysfunkcja narządu wzroku pacjenta dotyczy:
☐ jednego oka
☐ obydwu oczu
 - b) pacjent ma zwężone pole widzenia:
☐ w oku lewym do: stopni
☐ w oku prawym do:stopni
☐ nie dotyczy
 - c) pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):
☐ w oku lewym wynosi:
☐ w oku prawym wynosi:
☐ nie dotyczy
 - d) Pacjent jest osobą niewidomą:
☐ tak ☐ nie
8. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się?
☐ tak (proszę wymienić jakie).....
.....
☐ nie

.....
(data)

.....
(pieczętka, nr_i podpis lekarza)