

.....  
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. Rozpoznanie choroby zasadniczej: .....
- .....
- .....
6. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis).....
- .....
- .....
7. Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim: ☐ Tak ☐ Nie
8. Pacjent porusza się przy pomocy ☐ balkonika (podpórki) ☐ kule (jakie?.....)
- ☐ laski ☐ protezy (jakiej?.....) ☐ inne.....

9. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐):

|                          |                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesny niedowład obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych       |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesny niedowład jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych    |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesny niedowład jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych    |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesny niedowład jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> | Brak kończyn/kończyny górnych/ej, na wysokości/od:.....               |
| <input type="checkbox"/> | Brak kończyn/kończyny dolnych/ej na wysokości/od:.....                |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....              |

10. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się?

- ☐ tak (proszę wymienić jakie).....
- .....
- ☐ nie

.....  
(data)

.....  
(pieczętka, nr\_ i podpis lekarza)