

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

- | | | | |
|-------------------|---|---|----------|
| 1. | Imię | i | nazwisko |
| pacjenta | | | |
| 2. | Adres | | |
| zamieszkania..... | | | |
| 3. | Data | | |
| urodzenia | | | |
| 4. | PESEL..... | | |
| .. | | | |
| 5. | Opis rodzaju i przyczyny niepełnosprawności: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 6. | Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 7. | Szczegółowy opis trudności jakie posiada Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności, w związku z istniejącą niepełnosprawnością: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 8. | Rodzaje sprzętu /urządzeń/pomocy technicznych, które zlikwidują bądź ograniczą trudności techniczne: | | |
| | | | |

9. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu, itp. zlikwiduje bariery techniczne w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, tym samym wpłynie na poprawę jej funkcjonowania w następujący sposób:

10. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

miejsowość i data

pieczętka i podpis lekarza