Załącznik nr 3 do formularza wniosku

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

 **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko ……………………………………….......................................................................................

Data urodzenia …………………………………….……………………………………………………………….

PESEL ……………………………………….......................................................................................

Adres zamieszkania ………………………………………………………………..............................................

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

..................................................................................................................................................................

............................................................................................................

1. **Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):**

brak obu kończyn górnych

brak jednej kończyny górnej

brak obu kończyn dolnych

brak jednej kończyny dolnej

znaczny niedowład obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn dolnych

jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej

jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

inne schorzenie: …....................................................................................................................................

….....................................................................................................................................

**III. Czy wymaga opieki osób drugich – stałej / częściowej, w jakim zakresie:**

..................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

Zaświadczenie lekarskie wydaje się celem przedłożenia Komisji rozpatrującej wnioski o dofinansowanie ze

środków PFRON likwidacji barier architektonicznych.

…….................................. ……………………….……………

Data Podpis i pieczęć lekarza