

.....  
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

### Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier architektonicznych  
 (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim przez lekarza specjalistę)

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

#### 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
 .....

#### 2. Rodzaj dysfunkcji lub schorzenia:

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu i mowy
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma) <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca) <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniewidoma)	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim</li> <li><input type="checkbox"/> amputacja jednej lub obu nóg</li> <li><input type="checkbox"/> wrodzony brak lub amputacja jednej lub obu rąk</li> <li><input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....</li> <li>.....</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) <input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> schorzenie neurologiczne <input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia <input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?) .....	

#### 3. Posiadane zaopatrzenie ortopedyczne: .....

.....  
 .....

#### 4. Uzasadnienie – czy posiadane schorzenie utrudnia lub uniemożliwia osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji, uzasadniające dofinansowanie wnioskowanego sprzętu (proszę wpisać nazwę sprzętu, urządzenia):

.....  
 .....

.....  
 Data

.....  
 Pieczętka i podpis lekarza  
 wystawiającego zaświadczenie