

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier
architektonicznych dla potrzeb PCPR w Kościanie

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

Proszę zakreślić właściwe:

<input type="checkbox"/>	osoba leżąca	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba mająca protezę kończyny, jakiej:.....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą balkonika	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się za pomocą kuli/ kul	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba poruszająca się samodzielnie, ale z trudnościami	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się :	pieczętka i podpis lekarza