



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI LIKWIDACJI
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia:

.....

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:.....

.....

.....

.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:.....

.....

Stwierdzam, że pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych.

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych :

.....

.....

.....

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza