

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane dla potrzeb PFRON – program „PEGAZ 2003”²
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Ze względu na dysfunkcję narządu ruchu, Pacjent nie może poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym (o ile dotyczy)	pieczętka i podpis lekarza
---	----------------------------

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić tylko jedno, właściwe pole)

jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych lub jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
inne schorzenia	pieczętka i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego pacjenta

² W ramach programu „Pegaz 2003” możliwe jest udzielenie pomocy ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym osobom niepełnosprawnym, u których dysfunkcja jednej lub obu kończyn dolnych z jednoczesną dysfunkcją jednej lub obu kończyn górnych, uniemożliwia poruszanie się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym