

.....  
(stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** ***Odnośnie likwidacji barier technicznych***

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcji narządu ruchu- osoba leżąca
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:  
- balkonika,  
 innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:  
- kul, laski itp.
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:  
- osób drugih
- dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
- wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyty rozwojowe ( upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- inne dysfunkcje( podać jakie) .....

.....  
( krótka charakterystyka)

W/w. niepełnosprawność spowodowana jest.....

Nazwa sprzętu, o który ubiega się osoba niepełnosprawna w celu likwidacji barier technicznych.....

Wskazana częstotliwość korzystania z w/w sprzętu .....

Uzasadnienie konieczności korzystania w/w sprzętu w celu likwidacji barier technicznych .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
(Podpis i pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie)