

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA ***Odnosnie likwidacji barier architektonicznych***

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

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ ograniczone poprzez dokonanie następujących działań w związku z likwidacją barier architektonicznych

Realizacja w/w działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności:

- tak
- nie

.....
Miejscowość i data

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