

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Lekarza specjalisty, który określi potrzebę likwidacji barier architektonicznych stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
- wrodzony brak lub amputacja kończyn
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- choroba neurologiczna
- inne schorzenia (jakie?)

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek inwalidzki, kula, proteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

5. Zasadność likwidacji barier architektonicznych z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności:

.....
.....

6. Uwagi i zalecenia dodatkowe:

.....

Data.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

-
- Wypełnić czytelnie w języku polskim