

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

Dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie
likwidacji **barier architektonicznych**)
(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Data urodzenia.....
4. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenia).....
5. 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, kul, laski, osób drugich itp.;
- wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk;
- dysfunkcja narządu wzroku;
- 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

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

Uwaga:

Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.

Zaświadczenie z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.