

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PCPR- w związku z ubieganiem się
o likwidację barier architektonicznych

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny
.....
2. Czy istnieje potrzeba używania zaopatrzenia ortopedycznego (kule*, balkonik*, wózek*, protezy*, inne- jakie*)
.....
3. Czy istnieje potrzeba zlikwidowania barier architektonicznych wynikających z niepełnosprawności Tak Nie
4. Jeżeli tak, to w jakim zakresie
.....
5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe)
 narząd ruchu, w zakresie.....
 brak obu kończyn górnych
 znaczny niedowład obu kończyn górnych
 jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
 jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
 jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i górnych
 inne schorzenia (jakie?).....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*właściwe zaznaczyć