

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.....

PESEL.....

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. Czy likwidacja barier architektonicznych ułatwi pacjentowi wykonywanie  
codziennych czynności Tak  Nie

6. 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?) .....

.....

\*właściwe zaznaczyć

Uwaga: **Zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia**

7. Opis schorzeń w odniesieniu do problemów w poruszaniu się:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

\*właściwe zaznaczyć

Uwaga: **Zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia**