

.....dnia.....

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

PESEL

Pacjent wymaga¹:

- likwidacji barier architektonicznych,
- likwidacji barier technicznych,
- likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pacjent posiada¹:

- dysfunkcje narządu ruchu:**
- z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego,
- z koniecznością poruszania się przy pomocy kul,
- po amputacji kończyn (dolnych/górnych)²,
- poruszający się samodzielnie,
- inne
- dysfunkcje narządu wzroku** (wpisać ubytek wzroku)
- oko lewe
- oko prawe
- dysfunkcje narządu słuchu** (wpisać ubytek słuchu)
- ucho lewe
- ucho prawe.....
- dysfunkcje narządu mowy**
- inne** (jakie?)

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia

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

.....
*Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie*

- 1 Właściwe zaznaczyć
- 2 Właściwe podkreślić