



(pieczęć placówki)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych

1. Imię i nazwisko PESEL.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcja narządu ruchu*

dysfunkcji narządu wzroku*

innej dysfunkcji, krótka charakterystyka:

.....
.....

Opis wpływu choroby zasadniczej na poruszanie się:

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

osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się (wskazać jedno):

samodzielnie

przy pomocy balkonika, kul lub kuli

wyłącznie na wózku inwalidzkim

jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza prowadzącego