



(pieczęć placówki)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

w związku z ubieganiem się o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych

1. Imię i nazwiskoPESEL

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

dysfunkcja narządu ruchu* dysfunkcji narządu wzroku* dysfunkcji narządu słuchu*

innej dysfunkcji* krótka charakterystyka

Opis **wpływu choroby zasadniczej na wykonywanie podstawowych codziennych czynności:**

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

osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się * :

- samodzielnie
- przy pomocy balkonika, kul lub kuli
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza prowadzącego

* właściwe zaznaczyć znakiem x, ** niewłaściwe skreślić