

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Busku-Zdroju - likwidacja barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
/prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim/

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

☐	Pacjent leżący, nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Pacjent poruszający na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Pacjent poruszający na wózku inwalidzkim samodzielnie na terenie dostępnym	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Pacjent poruszający się przy pomocy balkonika, kul łokciowych albo laski	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Pacjent posiadający protezy kończyn dolnych	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Pacjent poruszający się samodzielnie	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Pacjent niedowidzący lub niewidomy	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia utrudniające poruszanie się	pieczęć, nr i podpis lekarza

Potwierdzam / nie potwierdzam* potrzebę dokonania likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania w/w osoby niepełnosprawnej.

.....
Miejscowość i data

.....
(Podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie)