

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę
wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych
-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2.

PESEL.....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent:

(należy zakreślić właściwe pole)

a) jest osobą leżącą/po amputacji kończyny/n dolnych*

☐

b) porusza się na wózku inwalidzkim

☐

c) porusza się przy pomocy kul łokciowych/balkonika/ kuli/laski/ porusza przy pomocy osób innych*

☐

d) jest osobą niewidomą

☐

e) jest osobą ze znacznym niedowidzeniem

☐

f) porusza się samodzielnie ale z trudnościami

☐

g) inne:

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

* - właściwe podkreślić

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty