

.....
 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 pacjenta.....

PESEL.....

Pacjent wymaga¹:

- a) Likwidacji barier architektonicznych,
- b) Likwidacji barier technicznych,
- c) Likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pacjent posiada:

- a) dysfunkcję narządu ruchu:
 - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego
od (wpisać rok),
 - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul
od (wpisać rok),
 - po amputacji kończyn (dolnych/górnych)²
od (wpisać rok),
 - poruszający się samodzielnie,
 - inne
- b) dysfunkcję narządu wzroku
 - od (wpisać rok oraz ostrość wzroku w korekcji lub pole widzenia)
-oko lewe...../oko prawe.....
- c) dysfunkcję narządu słuchu
 - od (wpisać rok oraz ubytek słuchu w decybelach)
-ucho lewe...../ucho prawe.....
- d) dysfunkcję narządu mowy,
- e) inne (jakie?)

Wskazanie choroby (chorób) zasadniczej.....

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia

.....

.....
 Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

¹ Właściwe zaznaczyć
² Właściwe wypełnić