

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

....., dnia
 miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi – likwidacja barier technicznych
 (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

Miejsce zamieszkania

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole®):

<input type="checkbox"/>	leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	poruszający się na wózku inwalidzkim	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	poruszający się przy pomocy balkonika*, trójnogu* lub kul łokciowych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	protezy: -kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	- kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta: - niedowidzący	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	- niewidomy	
<input type="checkbox"/>	Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:	pieczętka i podpis lekarza

3. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem to:

Proszę uzasadnić:

.....

.....

.....
 pieczętka i podpis lekarza