

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

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi – **likwidacja barier architektonicznych**
(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. Pacjent **wymaga \ nie wymaga*** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności

Proszę uzasadnić:

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić