

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

**Zaświadczenie lekarza specjalisty
dla
potrzeb likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
(należy wypełnić w języku polskim)**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

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

☐	leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich	pieczęć i podpis lekarza
☐ ☐	poruszający się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna -samodzielnie w terenie dostępnym	pieczęć i podpis lekarza
☐	poruszający się przy pomocy balkonika*, trójnogu* lub kul łokciowych lub laski	pieczęć i podpis lekarza
☐ ☐ ☐ ☐	protezy: - kończyn górnych - kończyn dolnych - skrócenie kończyny dolnej - wrodzony brak kończyny	pieczęć i podpis lekarza
☐ ☐	niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta: - niedowidzący - niewidomy	pieczęć i podpis lekarza
☐	schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu i przemieszaniu się:	pieczęć i podpis lekarza

[illegible]

Uwagi dodatkowe:

[illegible]

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

***właściwe zaznaczyć**