

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb MOPR Centrum Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych -  
likwidacja barier architektonicznych

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

1. Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych, ewentualne potrzeby w tym zakresie  
(wymienić najważniejsze) :

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

2. Opis trudności w poruszaniu się (zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem  
i pieczętką) :

pacjent porusza się na wózku inwalidzkim .....  
pieczętka i podpis lekarza

pacjent porusza się przy pomocy kul lub kuli .....  
pieczętka i podpis lekarza

pacjent porusza się przy pomocy balkonika .....  
pieczętka i podpis lekarza

pacjent ma jednoczesną dysfunkcję kończyny dolnej i górnej .....  
powodującą trudności w poruszaniu się .....  
pieczętka i podpis lekarza

pacjent ma jednoczesną dysfunkcję co najmniej jednej kończyny .....  
górnej i kończyn dolnych powodującą trudności w poruszaniu się .....  
pieczętka i podpis lekarza

pacjent ma jednoczesną dysfunkcję kończyn górnych i dolnych .....  
powodującą trudności w poruszaniu się .....  
pieczętka i podpis lekarza

inne schorzenia pacjenta powodujące problemy z poruszaniem się - opisać jakie :

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

**Niepelnosprawność pacjenta dotyczy dysfunkcji :**

narządu wzroku w stopniu .....  
.....  
pieczętka i podpis lekarza

3. Trwałe naruszenie sprawności organizmu (zakreślić właściwe pole ☒) :

TAK

NIE

.....  
*pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*