

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:*

- dysfunkcji narządu ruchu
- dysfunkcji narządu wzroku
- innej dysfunkcji, krótka charakterystyka

.....
.....

Opis schorzenia z uwzględnieniem jego wpływu na poruszanie się:

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

Osoba niepełnosprawna, której dotyczy zaświadczenie porusza się:*

- samodzielnie
- przy pomocy balkoniku, kul lub kuli
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

Wnioskowane usunięcie barier architektonicznych wpłynie/nie wpłynie** na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*właściwe zakreślić znakiem X

**właściwe skreślić