

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(ważne 3 miesiące od daty wystawienia)

DANE PERSONALNE PACJENTA	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość, ulica, nr domu/lokalu:	

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Zaświadczam, że pacjent jest osobą (zaznaczyć właściwe):

- leżącą
 - poruszającą się na wózku inwalidzkim
 - poruszającą się za pomocą kuli / kul / balkonika / innego sprzętu:.....*
 - poruszającą się samodzielnie bez zaopatrzenia ortopedycznego
 - z dysfunkcją narządu wzroku, powodującą trudności w poruszaniu się
 - z inną dysfunkcją **powodującą trudności w poruszaniu się:**
-

Uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych:

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

Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić