

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty, który określi potrzebę likwidacji barier technicznych stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
- wrodzony brak lub amputacja kończyn
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- inne schorzenia, (jakie?)

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek inwalidzki, kula, proteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

5. Zasadność zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych w odniesieniu do

niepełnosprawności:

.....

6. Uwagi i zalecenia dodatkowe:

.....

data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)