

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych  
**prosimy wypełnić czytelnie**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis) .....  
 .....  
 .....  
 .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Brak obu kończyn górnych/dolnych, na wysokości/od: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Inne schorzenia:..... ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza