

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu | <input type="checkbox"/> inne |

Zdolność do poruszania się*:

- poruszanie się samodzielnie lub przy pomocy innych osób
- poruszanie za pomocą wózka inwalidzkiego
- poruszanie za pomocą balkonika

Opis schorzeń

.....

.....

.....

Określenie rodzaju sprzętu:

.....

.....

.....

Powyższe prace są:

niezbędny wskazany zbędny

w celu likwidacji barier architektonicznych.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwe zaznaczyć