



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ choroby psychiczne | ☐ narząd wzroku | ☐ układ krążenia |
| ☐ choroby neurologiczne | ☐ narząd słuchu | ☐ układ oddechowy |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ układ ruchu | ☐ inne |

Zdolność poruszania się:*

- ☐ poruszanie się samodzielne lub przy pomocy innych osób
- ☐ poruszanie się z pomocą wózka inwalidkiego
- ☐ poruszanie się za pomocą balkonika

Opis schorzeń:

.....

.....

.....

Określenie rodzaju sprzętu:

.....

.....

.....

Powyższy sprzęt/prace jest/są:*

- ☐ niezbędny/ne ☐ wskazany/ne ☐ zbędny/ne

W celu likwidacji barier architektonicznych

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwe zaznaczyć