

.....  
(stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
***Odnośnie likwidacji barier architektonicznych***

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcji narządu ruchu- osoba leżąca
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: - balkonika,
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: - kul, laski itp.
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: - osób drugich
- dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
- wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyty rozwojowe ( upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- inne dysfunkcje( podać jakie)

.....  
.....  
(krótka charakterystyka) W/w. niepełnosprawność spowodowana jest

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

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ ograniczone poprzez dokonanie następujących działań w związku z likwidacją barier architektonicznych (**wskazać konkretną barierę architektoniczną**)

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

Realizacja w/w działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności:

- tak
- nie

.....  
Miejscowość i data

.....  
(Podpis i pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie)