

.....  
miejsowość i data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** **Likwidacja barier technicznych**

Imię i nazwisko pacjenta .....  
Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej .....  
.....  
.....  
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia  
niepełnosprawności.....  
.....  
.....  
.....

3. Zalecany sprzęt/urządzenie stosowny do potrzeb wynikających z  
niepełnosprawności.....  
.....  
.....

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie