

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

....., dnia .....  
 miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu –  
**likwidacja barier architektonicznych** - (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....  
 PESEL .....  
 Miejsce zamieszkania .....
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole/pola )

<input type="checkbox"/>	Leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Poruszający się na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Poruszający się przy pomocy balkonika*, trójnogu* lub kul łokciowych *	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Protezy*, amputacje * <input type="checkbox"/> kończyn górnych *, kończyny górnej* <input type="checkbox"/> kończyn dolnych , kończyny dolnej*	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta : <input type="checkbox"/> niedowidzący <input type="checkbox"/> niewidomy	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu się i przemieszczaniu się : ..... ..... ..... .....	Pieczętka i podpis lekarza

Uwagi dodatkowe :

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

\* niepotrzebne skreślić

.....  
 pieczętka i podpis lekarza specjalisty