

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR w Augustowie – likwidacja barier
architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że **niepełnosprawność Pacjenta w zakresie trudności w poruszaniu się dotyczy: (zaznaczyć właściwe)*:**

<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą leżącą, nie poruszającą się samodzielnie	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent porusza się wyłącznie przy pomocy balkonika, kul lub innych podpórek ułatwiających chodzenie (jakich?)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent po amputacji*: <input type="checkbox"/> kończyn/y górnej ; <input type="checkbox"/> kończyn/y dolnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenia pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu się i przemieszczaniu i uzasadniają potrzebę likwidacji barier architektonicznych (wymienić):	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma trudności w poruszaniu się	pieczętka i podpis lekarza

* Można zaznaczyć więcej niż jedną pozycję

Informacje dodatkowe:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie