

....., dnia .....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

### Pacjent wymaga<sup>1</sup>:

- a) Likwidacji barier architektonicznych,
- b) Likwidacji barier technicznych,
- c) Likwidacji barier w komunikowaniu się.

### Pacjent posiada:

- a) dysfunkcję narządu ruchu:
  - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego od (wpisać rok) .....
  - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul od (wpisać rok) .....
  - po amputacji kończyn (dolnych/górnych)<sup>1</sup> od (wpisać rok) .....
  - poruszający się samodzielnie,
  - inne .....
- b) dysfunkcję narządu wzroku
  - od (wpisać rok oraz ubytek wzroku)
  - oko lewe .....
  - oko prawe .....
- c) dysfunkcję narządu słuchu
  - od (wpisać rok oraz ubytek słuchu)
  - ucho lewe .....
  - ucho prawe .....
- d) dysfunkcję narządu mowy,
- e) inne (jakie?) .....

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia

.....

.....

.....

<sup>1</sup> Właściwe zaznaczyć