

.....

/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

.....

/miejsowość i data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach**

likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

- wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania: **Suwałki, ul.**

LIKwidACJA BARIER ARCHITeKTONICZNYCH

bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej/badania stwierdza się (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pacjent ma schorzenia narządu ruchu, powodujące trudności w poruszaniu się (<i>wymienić jakie</i>):.....	<i>pieczętka, podpis lekarza</i>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	<i>pieczętka, podpis lekarza</i>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pacjent ma inne schorzenia lub dysfunkcje, powodujące trudności w poruszaniu się: (<i>wymienić jakie</i>):	<i>pieczętka, podpis lekarza</i>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	używane przez pacjenta zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (<i>wymienić jakie</i>):.....	<i>pieczętka, podpis lekarza</i>

