

# Załącznik nr 4 do Regulaminu projektu grantowego

# Zaświadczenie lekarskie (wzór)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA PRZEZ LEKARZA**

………………………… …...…………..…………………..

/miejscowość i data/ /pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (wzór)**

**wydane dla potrzeb projektu „Mieszkanie bez barier - poprawa dostępności na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w mieście Suwałki” realizowanego**

**w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027**

*- 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, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tak  Nie | pacjent ma schorzenia narządu ruchu, powodujące trudności  w poruszaniu się (*wymienić jakie)*:………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..…………………………………….. | *pieczątka, podpis lekarza* |
| Tak  Nie | pacjent ma inne schorzenia lub dysfunkcje, powodujące trudności w poruszaniu się: (*wymienić jakie*): …………………………………………………………………………  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  . | *pieczątka, podpis lekarza* |
| Tak Nie | używane przez pacjenta zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze *(wymienić jakie)*: …………………………………..………………………………….. …….…………………………………..……………………………..  …………………………………..……………………………………  …………………………………..…………………………………….  …………………………………..……………………………………  …………………………………..……………………………………. | *pieczątka, podpis lekarza* |

**LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH**

**bariery techniczne, to przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania przedmiotów lub urządzeń odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tak Nie | stan zdrowia pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie i przemieszczanie się, pacjent przebywa stale w pozycji leżącej, ma problemy  z samodzielnym wstawaniem bądź siadaniem, wskazane zaopatrzenie w łóżko rehabilitacyjne | *pieczątka, podpis lekarza*  *pieczątka, podpis lekarza* |
| Tak  Nie | pacjent ma inne schorzenia lub dysfunkcje, powodujące konieczność zastosowania niestandardowych rozwiązań technicznych umożliwiających zwiększenie samodzielności (*wymienić jakie*): ……………………………………………………  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..……………………………………..  ………………………………………………………………………….  Sugerowane rozwiązania techniczne:……………..……..………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..…………………………………….. | *pieczątka, podpis lekarza* |
| Tak  Nie | pacjent porusza się na wózku inwalidzkim: ……………..……..…………………………………………………..  …………………………………..……………………………………..  …………………………………..…………………………………….. | *pieczątka, podpis lekarza* |