

# 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* |