

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

..... dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

1.                   Rozpoznanie choroby  
zasadniczej\*: .....
2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego;  
stadium zaawansowania choroby: .....
3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące: .....
4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym  
zakresie: .....
5. Ograniczenia w funkcjonowaniu organizmu uniemożliwiające lub utrudniające osobie  
niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów  
z otoczeniem w miejscu zamieszkania: .....
6. Zasadność zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji  
barier architektonicznych: .....

.....  
(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)

\* Wypełnić czytelnie w języku polskim