

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