



(pieczęć placówki)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Wydane dla potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach w związku z ubieganiem się o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych  
(*ważne w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia*)

1. Imię i nazwisko .....PESEL.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcja narządu ruchu\*     dysfunkcji narządu wzroku\*

innej dysfunkcji , krótka charakterystyka .....

.....  
.....

Opis **wpływu choroby zasadniczej na poruszanie się:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się (*wskazać jedno*):

- samodzielnie
- przy pomocy balkonika,     kul lub kuli
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
miejsce i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza prowadzącego

**UWAGA !**

**NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE POWINNO BYĆ WYPEŁNIONE CZYTELNIEM I W JĘZYKU POLSKIM!**

\* właściwie zaznaczyć znakiem x