



(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 technicznych  
*(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\*    dysfunkcji narządu słuchu\*

innej dysfunkcji\*    krótka charakterystyka .....

Opis **wpływu choroby zasadniczej na wykonywanie podstawowych codziennych czynności:**

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

osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się \* :

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

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

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

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza prowadzącego

**UWAGA !**  
**NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE POWINNO BYĆ WYPEŁNIONE CZYTELNIE I W JĘZYKU**  
**POLSKIM!**

\* właściwe zaznaczyć znakiem x