ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA PRZEZ LEKARZA

…….. /pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

…….. /miejscowość i data/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach – likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

/wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi/

Imię i nazwisko ……..…….…….

Adres zamieszkania: 16-400 Suwałki, ul. ……...…….

PESEL ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Szczegółowy opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności – choroba zasadnicza

……

……

1. Określić czy pacjent ma schorzenia narządu ruchu, powodujące trudności w poruszaniu się:

……

……

……

……

2. Czy pacjent ma wrodzony brak lub amputację kończyn górnych/dolnych, znaczny niedowład kończyn górnych/dolnych, jednoczesną dysfunkcję kończyn górnych i dolnych lub inne dysfunkcje (np.: wzroku, układu krążenia, otyłość itp.) - podać jakie:

……

……

……

……

……

……

……

3. Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne *(wymienić jakie)*:

……

……

…….

/pieczątka i podpis lekarza/