

.....
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

.....
/miejsowość i data/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach

likwidacja barier technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

- wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania: **Suwałki, ul.**

LIKwidACJA BARIER TECHNICZNYCH

bariery techniczne, to przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania przedmiotów lub urządzeń odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności

<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>stan zdrowia pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie i przemieszczanie się, pacjent przebywa stale w pozycji leżącej, ma problemy z samodzielnym wstawaniem bądź siadaniem, wskazane zaopatrzenie w łóżko rehabilitacyjne</p>	<p><i>pieczęćka, podpis lekarza</i></p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>pacjent ma inne schorzenia lub dysfunkcje, powodujące konieczność zastosowania niestandardowych rozwiązań technicznych umożliwiających zwiększenie samodzielności (wymienić jakie):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Sugerowane rozwiązania techniczne:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><i>pieczęćka, podpis lekarza</i></p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>pacjent porusza się na wózku inwalidzkim</p>	<p><i>pieczęćka, podpis lekarza</i></p>