.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

OPINIA LEKARSKA
DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH
(uniemożliwiających funkcjonowanie w życiu codziennym)
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia .....

.....

(diagnoza w języku polskim)

Osoba korzysta ze sprzętu ortopedycznego, wspomagającego poruszanie się. TAK ☐ NIE ☐

Rodzaj sprzętu (np. laska, kule, balkonik, wózek inwalidzki, proteza kończyn): ……...

……

Uzasadnienie celowości likwidacji barier technicznych oraz jego wpływ na poprawę sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....
miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza