

\_\_\_\_\_  
Pieczęć Zakładu Opieki  
Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu- likwidacja barier technicznych- rower trójkołowy  
*/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ adres zamieszkania \_\_\_\_\_

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy\*:

<input type="checkbox"/>	Osoba z zaburzeniami równowagi wynikającymi z: <input type="checkbox"/> porażenia mózgowego <input type="checkbox"/> chorób neurologicznych
<input type="checkbox"/>	Osoba z upośledzeniem umysłowym (zakres i rodzaj niepełnosprawności nie pozwalają na samodzielne poruszanie się przez osobę niepełnosprawną zwykłym rowerem jednośladowym)

Ponadto na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że\*:

1. Pacjent może poruszać się przy pomocy roweru trójkołowego SAMODZIELNIE: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Istnieją przeciwwskazania do korzystania z roweru trójkołowego np. utraty przytomności, epilepsja, inne: _____ <input type="checkbox"/> BRAK PRZECIWWSKAZAŃ
3. Rower trójkołowy pozwoli na samodzielne funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w życiu codziennym, sprawniejsze działanie w społeczeństwie i pełnienie ról społecznych: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie

\* **proszę zakreślić właściwe pole  wstawiając znak „x”**