

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane na potrzeby PCPR

(WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

4. Czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim*: tak, nie.

5. Czy osoba jest leżąca*: tak, nie.

6. Używane inne zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

7. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w miejscu zamieszkania, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem *

tak (uzasadnić).....

nie

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy *

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk,

inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe),

niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,

dysfunkcja narządu wzroku.

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zaznaczyć