

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania:

Data urodzenia: nr PESEL

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....

.....
III. Rodzaj niepełnosprawności: (zakreślić właściwe):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> |
| 2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> |
| 3. wrodzony brak lub amputacja kończyn | <input type="checkbox"/> |
| 4. inna dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> |
| 5. dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> |
| 5. dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> |
| 6. dysfunkcja narządu mowy | <input type="checkbox"/> |
| 7. inne schorzenia (jakie?) | <input type="checkbox"/> |

IV. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

V. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu określonego w pkt IV: tak nie

.....
miejsowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza