

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

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

Imię i nazwisko

zamieszkała(y)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Uszkodzenie narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

2. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe i opisać):

dysfunkcja narządu ruchu w zakresie.....

.....

dysfunkcji narządu wzroku w zakresie

.....

dysfunkcji narządu słuchu w zakresie

.....

dysfunkcji narządu mowy w zakresie

.....

inne schorzenie (podać, jakie?):.....

.....

3. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się:

osoba leżąca wymagająca opieki innych osób

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, laski*

wrodzony brak lub amputacja* kończyn: osoba z dysfunkcją kończyn: znaczny niedowład kończyn:

jednej kończyny górnej

obu kończyn górnych

jednej kończyny dolnej

obu kończyn dolnych

osoba poruszająca się samodzielnie, ale wymagająca opieki/pomocy* innych osób, (w jakim zakresie)

.....

.....
(data)

***właściwe podkreślić**

.....
(pieczętka i podpis lekarza)