

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

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. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe):

dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja narządu wzroku

inne schorzenie (podać, jakie?):

.....
.....

3. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe):

osoba leżąca wymagająca opieki innych osób

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

.....

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

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

wrodzony brak lub amputacja* kończyn: jednej kończyny górnej obu kończyn górnych
 jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych

osoba z dysfunkcją kończyn: jednej kończyny górnej obu kończyn górnych
 jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych

znaczny niedowład kończyn: jednej kończyny górnej obu kończyn górnych
 jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych

osoba z dysfunkcją narządu wzroku: niedowidząca niewidoma

inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (proszę opisać, jakie?)

.....
.....
.....

*właściwe podkreślić

.....

(data)

.....

(Pieczęć i podpis lekarza)