

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

.....  
Miejscowość, data

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

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania .....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

2. Potrzeby pacjenta w zakresie likwidacji barier:

.....  
.....

3. Pacjent posiada trudności w poruszaniu się:

TAK  NIE

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (*zakreślić właściwe*):

<input type="checkbox"/>	pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent jest osobą leżącą	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent porusza się przy pomocy kul łokciowych lub innych podpórek ułatwiających chodzenie	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent ze znacznym niedowładem kończyn dolnych, objawiającym się: .....	Pieczętka i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	pacjent z brakiem kończyn: .....	Piecątka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu wzroku	Piecątka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu	Piecątka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu mowy	Piecątka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada inne dysfunkcje: .....	Piecątka i podpis lekarza

UWAGI: .....

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie