

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta.....
Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności
lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejącej:.....
.....
.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny
.....
.....
.....

Pacjent może/nie może* poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym.

**4.1 Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
sprzętu rehabilitacyjnego (rodzaj sprzętu):**
.....

5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe)

- narząd ruchu, w zakresie
- brak obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
- inne schorzenia

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie