

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:**

.....  
.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

.....  
.....

**4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):**

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcji narządu ruchu - osoba leżąca
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy balkonika,
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy- kul, laski itp.
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy osób drugih
- dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
- wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyty rozwojowe ( upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- inne dysfunkcje (podać jakie) .....

.....  
(krótka charakterystyka)

5. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ ograniczone poprzez dokonanie następujących działań w związku z likwidacją barier architektonicznych .....

.....

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....

.....

.....

.....

7. Realizacja w/w działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności  tak  nie

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)