

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIADla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku
(PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudność w stopniu*:

znacznym	Pieczętka i podpis lekarza
umiarkowanym	Pieczętka i podpis lekarza
lekkim	Pieczętka i podpis lekarza

Sprawność kończyn:

górných		dolnych	
Pełna	Pieczętka i podpis lekarza	Pełna	Pieczętka i podpis lekarza
częściowo ograniczona	Pieczętka i podpis lekarza	częściowo ograniczona	Pieczętka i podpis lekarza
całkowicie niesprawna	Pieczętka i podpis lekarza	całkowicie niesprawna	Pieczętka i podpis lekarza

Osoba porusza się:

samodzielnie	Pieczętka i podpis lekarza
z częściową pomocą	Pieczętka i podpis lekarza
za pomocą kul, balkoniku, protezy lub innych środków pomocniczych*	Pieczętka i podpis lekarza
na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza
jest osoba leżącą	Pieczętka i podpis lekarza

Inna przyczyna niepełnosprawności (choroby współistniejące):

osoba niewidoma lub niedowidząca	Pieczętka i podpis lekarza
	Pieczętka i podpis lekarza
	Pieczętka i podpis lekarza

Informacje uzupełniające:

.....

.....

.....

* odpowiednie podkreślić

**** bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienie występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania, uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym**