

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Dla 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	Pieczęć i podpis lekarza
umiarkowanym	Pieczęć i podpis lekarza
lekkim	Pieczęć i podpis lekarza

**Sprawność kończyn:**

<b>górných</b>		<b>dolnych</b>	
Pełna	Pieczęć i podpis lekarza	Pełna	Pieczęć i podpis lekarza
częściowo ograniczona	Pieczęć i podpis lekarza	częściowo ograniczona	Pieczęć i podpis lekarza
całkowicie niesprawna	Pieczęć i podpis lekarza	całkowicie niesprawna	Pieczęć 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 głuchoniema lub niedosłysząca	Pieczętka i podpis lekarza
	Pieczętka i podpis lekarza
	Pieczętka i podpis lekarza

**Informacje uzupełniające:** .....

.....

.....

.....

\* odpowiednie podkreślić

**\*\* bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.**