

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:

górných		dolnych	
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 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