

Pieczeńć 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	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 techniczne to przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie