

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:**

.....  
.....

**Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):**

|                          |   |                |
|--------------------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> | dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim  | podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim | podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | inna dysfunkcja narządu ruchu   | podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | choroba neurologiczna   | podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | dysfunkcja narządu słuchu   | podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | dysfunkcja narządu mowy   | podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | dysfunkcja narządu wzroku   | podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | inna<br>.....   | podpis lekarza |

**Używane przedmioty ortopedyczne:** .....

.....  
miejscowość

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza