

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"/>	wrodzony brak lub amputacja kończyn	podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja narządu ruchu	podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	choroba neurologiczna	podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu wzroku	podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inna	podpis lekarza

Używane przedmioty ortopedyczne:

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza