

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE lekarza specjalisty lub specjalisty
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Informacja o stanie zdrowia

Schorzenie podstawowe:
.....
.....

Wpisać TAK/NIE

1. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):
 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
 2. wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
 3. inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....
 4. dysfunkcja narządu wzroku
 5. dysfunkcja narządu słuchu i mowy
 6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
 7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie – zalecany

3. Istniejące potrzeby w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się lub technicznych związane z ww. dysfunkcjami

.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie