Załącznik Nr 1 do regulaminu

....................................................... ..................................................

 Stempel zakładu opieki zdrowotnej miejscowość i data

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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:………………………………………………………………...................

……………………………………………...……………………………………………………Choroby współistniejące: ………………………………………………………………………. .

1. Rodzaj niepełnosprawności

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Właściwe zaznaczyć** | **Niepełnosprawność pacjenta dotyczy** | **Podpis lekarza/specjalisty** |
|  | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku |  |
|  | Dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku |  |
|  | Wrodzony brak lub amputacja kończyn dolnych górnych |  |
|  | Inna dysfunkcja narządu ruchu, wymagająca zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne np.: Osoba leżąca  Kule Balkonik Proteza Inne, jakie?.................................................. |  |
|  | Dysfunkcja narządu wzroku  |  |
|  | Dysfunkcja narządu słuchu i mowy |  |
|  | Inna: ……………………………………….…………………………………………….. |  |

...................................................................

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie