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

 Stempel zakładu opieki zdrowotnej miejscowość 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:……………………………………………………………...................

……………………………………………...……………………………………………………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, jaka?……………………………………………. |  |
|  | Dysfunkcja narządu wzorku  |  |
|  | Dysfunkcja narządu słuchu i mowy |  |
|  | Deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe) |  |
|  | Choroba neurologiczna |  |
|  | Choroba nowotworowa |  |
|  | Inna, ……………………………………….…………………………………………….. |  |

1. Używane przedmioty ortopedyczne

 wózek inwalidzki kule balkonik proteza orteza inne ……...………

………………………………………………………………………………………………

1. Istniejące potrzeby w zakresie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych związane z ww. dysfunkcjami lub potrzeba zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................

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

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie