

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko:

.....
zamieszkała(y).....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe i opisać):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
 wrodzony brak lub amputacja* kończyn: osoba z dysfunkcją kończyn: znaczny niedowład kończyn:

- jednej kończyny górnej obu kończyn górnych
 jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych

inna dysfunkcja narządu ruchu w zakresie.....

.....
 dysfunkcja narządu wzroku w zakresie.....

.....
 dysfunkcja narządu słuchu w zakresie.....

.....
 dysfunkcja narządu mowy w zakresie.....

.....
 niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe) w zakresie.....

.....
 inne schorzenia (jakie?):

.....

3. Opis niepełnosprawności ze szczególnym uwzględnieniem, czy osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

**właściwe podkreślić*