

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

**ZAŚWIADCZENIE 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. Uszkodzenie narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

.....  
.....

**3. 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.....

.....

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

.....

**4. Istnieje konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w postaci:**

.....

.....

**5. Istnieje konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych ze względu na:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić