

Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie (czytelnie w języku polskim)

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu

Sprawność

kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- osoba leżąca

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:

1. oprotezowanie/zaoparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
2. oprotezowanie / zaoparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe aparat słuchowy inne (jakie)

Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych:

- tak
- nie

Uzasadnienie :

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

* Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

*Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.