

Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności
Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzeniaPESEL

Adres zamieszkania

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu

Rozpoznanie, opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności, choroby współistniejące, rokowania (w języku polskim)

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

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, środki pomocnicze :

.....
 wózek inwalidzki kule łokciowe aparat słuchowy inne (jakie)
.....

Osoba wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się:

- tak nie

Uzasadnienie: (Informacje o konieczności wyposażenia w sprzęt likwidujący bariery w komunikowaniu się, proszę podać rodzaj sprzętu oraz zakres likwidowanych barier)

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

- Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
- Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.