

.....
Stempel zakład opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

(data).....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Uzupełnia w całości lekarz specjalista (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....
.....
.....

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- narządu ruchu w zakresie
pacjent porusza się : na wózku inwalidzkim samodzielnie, jest osobą leżącą, porusza się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna, ma wrodzony brak lub jest po amputacji kończyn, przy pomocy laski/kuli/balkonika, samodzielnie
- narządu słuchu (osoba głucha, głuchoniema, niedosłyszająca)
- narządu wzroku (osoba niewidoma, niedowidząca) i porusza się : z przewodnikiem, przy pomocy opiekuna, samodzielnie
- narządu mowy,
- niepełnosprawność intelektualna,
- inne schorzenie, w zakresie.....
.....

5. Zasadność zakupu urządzeń (wraz z montażem) ułatwiających codzienne czynności lub kontakty z otoczeniem lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się
.....
.....
.....
.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza

