……………………………………………... ……………………………………………

 *pieczęć zakładu opieki zdrowotnej miejscowość, data*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY**

wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. **Imię i nazwisko** …………………………………………….………………………………
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta (opis) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Rodzaj niepełnosprawności:
5. Osoba z niepełnosprawnością fizyczną:

 motoryczną, ruchową; z uszkodzeniem narządu ruchu, który uniemożliwia
 wykonywanie różnych ruchów i czynności oraz poruszaniu się w przestrzeni;

 osoba z niepełnosprawnością narządów wewnętrznych.

1. Osoba z niepełnosprawnością sensoryczną:

 osoby z niepełnosprawnością wzrokową, osoby niewidome i słabo widzące;

 osoby z niepełnosprawnością słuchową, osoby głuche i słabo słyszące.

1. Z uwagi na niepełnosprawność osoba porusza się: \*

 Samodzielnie

 Na wózku inwalidzkim

 Przy pomocy innego przedmiotu ortopedycznego, jakiego?
 ……………………………………………………………...

 Osoba leżąca

1. Sprawność kończyn górnych: \* Sprawność kończyn dolnych: \*

 pełna pełna

 częściowo ograniczona częściowo ograniczona

 całkowite ograniczenie całkowite ograniczenie

 ……………………………………………………......

 *Pieczęć i podpis lekarza specjalisty*

\* na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej proszę zakreślić właściwe pola.