

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY

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

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta (opis)

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

4. Rodzaj niepełnosprawności:

1) 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.

2) Osoba z niepełnosprawnością sensoryczną:

osoby z niepełnosprawnością wzrokową, osoby niewidome i słabo widzące;

osoby z niepełnosprawnością słuchową, osoby głuche i słabo słyszące.

5. Z uwagi na niepełnosprawność fizyczną osoba porusza się: *

Samodzielnie

Na wózku inwalidzkim

Przy pomocy innego przedmiotu ortopedycznego, jakiego?

.....

Osoba leżąca

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej proszę zakreślić właściwe pola.