

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY
wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

- 1. Imię i nazwisko**
- 2. PESEL**
- 3. Zachodzi konieczność prowadzenia codziennej rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego typu:**
- 4. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta (opis)**
.....
.....
- 5. 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.
- 6. Z uwagi na niepełnosprawność osoba porusza się: ***
- Samodzielnie
- Na wózku inwalidzkim
- Przy pomocy innego przedmiotu ortopedycznego, jakiego?
.....
- Osoba leżąca
- 7. Sprawność kończyn górnych: ***
- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowite ograniczenie
- Sprawność kończyn dolnych: ***
- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowite ograniczenie

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty