

Zaświadczenie lekarskie*

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie:

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu /układu

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN

GÓRNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona z pomocą
- całkowicie niesprawne z pomocą

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1 oprotezowanie / zaoparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie / zaoparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie)

ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

.....

.....

.....

**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu ww. sprzętu.**

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży;