

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

ZALECANY SPRZĘT:

.....

PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

.....

.....

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu

**Uzasadnienie lekarza specjalisty wypełniającego zaświadczenie,
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji przez osobę
niepełnosprawną w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego
sprzętu:.....**

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)