

Zaświadczenie lekarskie*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu

SPRAWNOŚĆ (odpowiednie zaznaczyć):

GÓRNYCH KOŃCZYN:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

KOŃCZYN DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

OSOBA PORUSZA SIĘ:

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

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1 oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

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

wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie)

Informacje uzupełniające (rokowania):

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie; ważne jeden miesiąc od daty wystawienia.