

# 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 ( odpowiednie zaznaczyć ):**

### **KOŃCZYN GÓRNYCH:**

- 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

\* na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży;