

Zaświadczenie lekarskie*

Pieczczę zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

* na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży;

4. Sprawność osoby niepełnosprawnej:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy):

.....

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

.....

.....

.....

7. Informacje uzupełniające dotyczące przedmiotu dofinansowania jego wpływu na likwidację barier technicznych lub w komunikowaniu się:

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza