.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko:	
Adres (miejsce pobytu):	
PESEL:	
Schorzenia:	
Ocena sprawności ruchowej:	☐ leżąca, nie poruszająca się na wózku inwalidzkim nawet przy pomocy ☐ porusza się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna ☐ porusza się samodzielnie na wózku inwalidzkim ☐ porusza się przy pomocy balkonika po terenie dostępnym ☐ porusza się na wózku inwalidzkim w okresach nasilenia dolegliwości ☐ porusza się wyłącznie przy pomocy kul / trójnogu ☐ porusza się okresowo przy pomocy kul/ trójnogu ☐ porusza się samodzielnie ☐ niepełnosprawność narządu wzroku ☐ Nie ☐ Tak ☐ osoba niewidoma ☐ osoba niedowidząca
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:	☐ oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne) ☐ oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne) ☐ nie dotyczy
Zdolność komunikowania się z innymi:	☐ całkowita ☐ ograniczona ☐ brak zdolności
Zdolność zaspakajania podstawowym potrzeb życiowych (spożywanie posiłków,toaleta, ubiór)	☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji osób trzecich
Zalecany sprzęt:	
Uwagi lekarza:	

…….. ……..

Data Pieczątka i podpis lekarza