

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŁAŃCUCIE
(wypełnić należy czytelnie w języku polskim)

imię i nazwisko _____
PESEL _____
adres zamieszkania _____

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu:

Rozpoznanie:

sprawność kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

sprawność kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

osoba porusza się: samodzielnie z pomocą innej osoby
 na wózku inwalidzkim jest osobą leżącą

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

Czy zachodzi potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego powyżej?

tak nie

Krótkie uzasadnieni zalecenia korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, przewidywane efekty rehabilitacji:

data wystawienia _____

(pieczęć i podpis lekarza)