

**ZA WIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kolbuszowej  
/PROSZ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZA WIADCZENIA W J ZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się :
  - na wózku inwalidzkim
  - na stałe
  - okresowo
  - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- inna dysfunkcja narządu ruchu: .....
- osoba pełnoletnia
- dysfunkcja narządu wzroku:
  - osoba niewidoma
  - osoba niedowidząca
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- inne (podać jakie) .....

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia bądź czego przyczyną niepełnosprawności:

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

Pacjent wymaga \ nie wymaga\*\* przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb w zakresie poruszania się odpowiednio do jego niepełnosprawności.

Data .....

.....

**podpis i pieczęć lekarza**

\* właściwie zaznaczyć  
\*\* niepotrzebne skreślić