

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 leżąca

dysfunkcja narządu wzroku:

osoba niewidoma

osoba niedowidząca

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia bądź tego przyczyn niepełnosprawności:

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

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności zaleca się zaopatrzenie w przedmiot lub urządzenie, lub zapewnienie dostępu do następujących usług:

.....
.....

Data

.....

podpis i pieczęć lekarza

* właściciel zaznaczy