|  |
| --- |
| Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(prosimy wypełniać czytelnie, w języku polskim)

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| PESEL: |

**Rozpoznanie choroby zasadniczej**

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

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

**Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności**

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

**Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

**Trudności w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe)**

**** osoba leżąca

**** osoba porusza się na wózku inwalidzkim

**** osoba porusza się przy pomocy kul /balkonika

**** osoba oprotezowana w zakresie kończyn górnych/dolnych (jednostronne, obustronne)

**** porusza się samodzielnie

........................................... …....................................................

 **data**  **pieczątka i podpis lekarza**