|  |
| --- |
| 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)**

**□** porusza się samodzielnie

**□** porusza się przy pomocy kul /balkonika

**□** porusza się na wózku inwalidzkim

**□** osoba leżąca

**□** osoba oprotezowana (proteza kończyny górnej /dolnej, jednostronna /obustronna)

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

data pieczątka i podpis lekarza