

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

....., dnia 20..... r.
(miejscowość)

Zaświadczenie lekarza

Potwierdzam, że osoba:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

osoba niepełnosprawna ma problemy w poruszaniu się*:

- osoba leżąca wymagająca opieki innych osób
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- osoba poruszająca się za pomocą kul lub kuli
- osoba poruszająca się za pomocą balkoniku
- osoba z dysfunkcją kończyn (proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje).....

.....
.....

- choroba neurologiczna
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne występujące dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):

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

Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

