

..... Miejscowość.....data.....  
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zawierciu.

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Rodzaj i przyczyna niepełnosprawności:

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

5. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje **trudności w poruszaniu się?**  
(właściwe zakreślić)

**TAK**

**NIE**

**jeżeli TAK proszę zakreślić właściwe:**

- osoba porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim
- osoba porusza się wyłącznie przy pomocy przedmiotów ortopedycznych ( jakich?)

.....

- osoba porusza się samodzielnie a trudności w poruszaniu się związane są z wykonywaniem niektórych czynności ( jakich? )

.....

- osoba leżąca niezdolna do poruszania się w miejscu zamieszkania ( trwale)

6. Inne uwagi:

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

.....  
Pieczątką i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie