

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
(wypełnia w całości lekarz łącznie z danymi osobowymi)**

**UWAGA:** Zaświadczenie lekarskie ważne jest **30 dni** od daty jego wystawienia.

**Imię i nazwisko:** .....

**Data i miejsce urodzenia:** .....

**Numer PESEL:** .....

**Nr i seria dowodu osobistego:**.....

**Adres zamieszkania:** .....

**ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**

**1. Czynności samoobsługowe – czy osoba badana jest zdolna do (zaznacz odpowiednie pole):**

	samodzielnie	z pomocą	całkowita opieka
a) załatwiania potrzeb fizjologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) wykonywania zabiegów toaletowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ubierania oraz rozbierania się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) spożywania posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Prowadzenie gospodarstwa domowego - czy osoba badana jest zdolna do (zaznacz odpowiednie pole):**

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) przygotowywania posiłków/gotowania/zmywania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) robienia zakupów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) robienia gruntownych porządków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) prania, prasowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Poruszanie się w środowisku - czy osoba badana jest zdolna do (zaznacz odpowiednie pole):**

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) wstawania z łóżka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) poruszania się po mieszkaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) poruszania się w środowisku zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) korzystania z publicznych środków lokomocji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Zdolność do samodzielnego komunikowania się (zaznacz odpowiednie pole):**

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) zrozumienie języka otoczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) umiejętność komunikacji nie werbalnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) umiejętność komunikacji ustnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) umiejętność komunikacji pisemnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Sposób poruszania się ( zaznacz odpowiednie pole):**

- a) samodzielnie
- b) samodzielnie po zaprotezowaniu
- c) przy pomocy jednej kuli
- d) przy pomocy dwóch kul
- e) z laską
- f) z balkonikiem
- g) z przewodnikiem
- h) na wózku inwalidzkim
- i) brak możliwości

**6. Czy osoba badana korzysta z przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub środków technicznych (tj. m.in. laska, kula, balkonik, wózek inwalidzki, gorset, pionizator, aparat słuchowy, pompa insulinowa, cewnik, worki stomijne, aparat tlenowy) ?**

**Tak**

**Nie**

Jeśli **tak**, to jakie: .....

Jeśli **nie**, to czy ma w tym jakiś potrzeby – jakie .....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)