

**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 **3 miesiące** 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	☐	☐	☐
b) wykonywania zabiegów toaletowych	☐	☐	☐
c) ubierania oraz rozbierania się	☐	☐	☐
d) spożywania posiłków	☐	☐	☐

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

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) przygotowywania posiłków/gotowania/zmywania	☐	☐	☐
b) robienia zakupów	☐	☐	☐
c) robienia gruntownych porządków	☐	☐	☐
d) prania, prasowania	☐	☐	☐

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

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) wstawania z łóżka	☐	☐	☐
b) poruszania się po mieszkaniu	☐	☐	☐
c) poruszania się w środowisku zamieszkania	☐	☐	☐
d) korzystania z publicznych środków lokomocji	☐	☐	☐

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

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) zrozumienie języka otoczenia	☐	☐	☐
b) umiejętność komunikacji nie werbalnej	☐	☐	☐
c) umiejętność komunikacji ustnej	☐	☐	☐
d) umiejętność komunikacji pisemnej	☐	☐	☐

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)