

.....
pieczęćka przychodni

.....
miejscowość, dzień, miesiąc, rok

Zaświadczenie lekarskie

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie (jednostka chorobowa) :

.....

2. Poziom funkcjonowania w środowisku : *

- Wykonywanie czynności samoobsługowych

☐ samodzielnie

☐ z pomocą

- Prowadzenie gospodarstwa domowego

☐ samodzielnie

☐ z pomocą

- Poruszanie się w środowisku

☐ samodzielnie

☐ z pomocą

- Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych

☐ aktywny

☐ bierny

3. Wskazany zakres usług : *

☐ Trening umiejętności samoobsługowych i zaradności życiowej

☐ Trening umiejętności społecznych i interpersonalnych

☐ Terapia zajęciowa

☐ Rehabilitacja

☐ Poradnictwo specjalistyczne

4. Wskazania farmakologiczne :

.....

.....

5. Wskazania o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie :

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* Wstawić znak **X** we właściwe miejsce

