

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....  
miejsowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL

3. Adres:

ulica i numer domu: .....

miejsowość: .....

kod pocztowy: .....

4. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta (opis)

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

5. Zalecenia lekarskie w zakresie wskazań do posiadania specjalistycznego łóżka medycznego ze względu na niepełnosprawność, współistniejące schorzenie i istniejące bariery techniczne

**Zaleca się** posiadanie specjalistycznego łóżka medycznego z funkcją fotela i pionizacji z łagodnymi kątami zgięcia podczas funkcji obrotu (oparcie: maksymalnie 50°; podudzia maksymalnie: 28°) ze względu na niepełnosprawność i współistniejące schorzenia oraz istniejące bariery techniczne;

**Nie zaleca się** posiadania specjalistycznego łóżka medycznego z funkcją fotela i pionizacji z łagodnymi kątami zgięcia podczas funkcji obrotu (oparcie: maksymalnie 50°; podudzia maksymalnie: 28°) ze względu na niepełnosprawność i współistniejące schorzenia oraz istniejące bariery techniczne;

\* Uwagi

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej proszę zakreślić właściwe pola.