

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
 Wydane dla Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....  
 Data i miejsce urodzenia.....  
 Adres zamieszkania.....  
 Nr PESEL.....  
 Nr i seria dowodu osobistego.....

**ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**

1. Czynności samoobsługowe – czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego:

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
a) załatwiania potrzeb fizjologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) wykonywania zabiegów toaletowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ubierania się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) spożywania posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Prowadzenie gospodarstwa domowego – czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego:

a) przygotowania posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) robienia zakupów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sprzątania mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) prania, prasowania, reperacji odzieży i bielizny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Poruszanie się w środowisku – czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego:

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

4. Czy osoba badana korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego, w tym ze sprzętu ortopedycznego umożliwiającego jej samodzielną egzystencję?

**TAK**                      **NIE**

Jeśli **tak**, to jakie: .....

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