

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....  
Miejscowość i data

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

**wydane dla Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności  
w Olsztynie**

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Dokument stwierdzający tożsamość .....

### **ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**

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

	<i>tak</i>	<i>nie</i>
a) załatwiania potrzeb fizjologicznych	X	X
b) wykonywania zabiegów toaletowych	X	X
c) ubierania się	X	X
d) spożywania posiłków	X	X

2. Prowadzenia gospodarstwa domowego - czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego: \*

a) przygotowywania posiłków	X	X
b) robienia zakupów	X	X
c) sprzątania mieszkania	X	X
d) prania, prasowania, reperatury odzieży i bielizny	X	X

3. Poruszania się w środowisku - czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego: \*

a) wstawania z łóżka	X	X
b) poruszania się po mieszkaniu	X	X
c) poruszania się w środowisku zamieszkania	X	X
d) korzystania z publicznych środków lokomocji	X	X

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 względzie jakieś potrzeby – jakie? : .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

\* odpowiednie zaznaczyć