

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej - Ośrodka Rehabilitacji Społecznej w Płocku
prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Data urodzenia
3. PESEL
4. Adres zamieszkania.....
5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:
.....
.....
.....
6. Stosowane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne (wózek inwalidzki, kule łokciowe, laska, balkonik, protezy itp.)
.....
.....
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: (proszę zaznaczyć właściwe pole)
 choroby narządu ruchu: nie dotyczy
 -) z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
 -) bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

 inne schorzenia narządu ruchu (proszę wymienić jakie): nie dotyczy
.....
.....

 choroby neurologiczne (proszę wymienić jakie): nie dotyczy
.....
.....

 schorzenia narządu słuchu (opisać jakie schorzenie): nie dotyczy
dotyczy
- osoba głuchoniema nie dotyczy

inne schorzenia (proszę wymienić jakie):

nie dotyczy

.....
.....

8. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się?

* Tak (proszę wymienić jakie)

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

.....

*Nie

.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie