

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 wzroku:

a) Pacjent jest niewidomy

tak

nie

b) niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

nie dotyczy

c) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:

w oku lewym stopni

w oku prawym stopni

nie dotyczy

d) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

w oku lewym wynoszącą

w oku prawym wynoszącą

nie dotyczy

inne schorzenia (proszę wymienić jakie):

nie dotyczy

.....
.....

8. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się ?

* Tak (proszę wymienić jakie)

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

*Nie

.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie