

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