

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. Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis) :
-
-
-
6. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne u sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
-
-
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: (proszę zaznaczyć właściwe pole)
 - a) Pacjent jest niewidomy tak nie
 - b) niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
 - jednego oka
 - obydwu oczu
 - 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
8. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w korzystaniu z typowego (posiadanego sprzętu)?
* Tak (proszę wymienić ja-
kie).....
-

.....
.....

*Nie

9. Inne

uwagi:.....
.....
.....

.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie