

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:

-) z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

-) bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja obu kończyn górnych

tak

nie

w przypadku dysfunkcji obu kończyn górnych (proszę wymienić jakiego rodzaju jest ta dysfunkcja) :.....  
.....

inne schorzenia narządu ruchu (proszę wymienić jakie):

nie doty-

czy .....

choroby neurologiczne (proszę wymienić jakie):

nie dotyczy

.....  
.....

inne schorzenia (proszę wymienić jakie):

nie dotyczy

.....  
.....

8. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w korzystaniu z typowego (posiadanego sprzętu) ?

\* Tak (proszę wymienić jakie)

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

.....

\*Nie

.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza  
wystawiającego zaświadczenie