Załącznik Nr 1 *do formularza wniosku*
o dofinansowanie likwidacji barier
w komunikowaniu się

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 ……

…...….

……...……..…

□ 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