

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku

w dniu (ważne 3 miesiące od daty wystawienia)

DANE PERSONALNE PACJENTA	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość, ulica, nr domu/lokalu:	

Pacjent wymaga wsparcia w zakresie uzyskania dofinansowania do:

Zaznaczyć właściwe	Pieczęćka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> likwidacji barier technicznych W celu zmniejszenia / likwidacji istniejących barier technicznych zaleca się korzystanie z (należy wskazać rodzaj sprzętu):	
<input type="checkbox"/> likwidacji barier w komunikowaniu się W celu zmniejszenia / likwidacji istniejących barier w komunikowaniu się zaleca się korzystanie z (należy wskazać rodzaj sprzętu):	
<input type="checkbox"/> likwidacji barier architektonicznych	
<input type="checkbox"/> zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny Stwierdzam, że w celu poprawy sprawności pacjenta, do wykonywania rehabilitacji w warunkach domowych zaleca się zaopatrzenie w (należy wskazać rodzaj sprzętu):	

Informacje o stanie zdrowia pacjenta
(prosimy nie wpisywać kodów jednostek chorobowych)

Choroba zasadnicza

Choroby współistniejące

.....

.....

Zaświadczam, że osoba niepełnosprawna jest osobą:

Zaznaczyć właściwe	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Leżącą na stałe	
<input type="checkbox"/> Z dysfunkcją narządu ruchu z koniecznością poruszania się na stałe przy użyciu wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/> Z dysfunkcją narządu ruchu z koniecznością korzystania z przedmiotów ortopedycznych (jakich?).....	
<input type="checkbox"/> Z dysfunkcją narządu ruchu bez konieczności korzystania z przedmiotów ortopedycznych	
<input type="checkbox"/> Z dysfunkcją narządu słuchu i mowy (jaką?)	
<input type="checkbox"/> Z dysfunkcją narządu wzroku (jaką?)	
<input type="checkbox"/> Z inną dysfunkcją (jaką?)	

Zaświadczenie winno być wypełnione w całości przez lekarza,
w języku polskim, w sposób czytelny.