

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu na okoliczność
dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych
(architektonicznych, **w komunikowaniu się** i technicznych)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej, jej przebieg i stadium zaawansowania choroby:

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

3. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

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

5. **Ewentualne potrzeby związane z likwidacją barier w komunikowaniu się:**

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

6. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK

NIE*

7. W/w Pan/i wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji.

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

- niepotrzebne skreślić