

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

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

2. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

3. Czy stwierdzone choroby powodują dysfunkcję narządu ruchu:

TAK

NIE

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

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

5. Czy pacjent wymaga, bądź korzysta z zaopatrzenia ortopedycznego ułatwiającego poruszanie się:

a) wózek inwalidzki	b) kule łokciowe	c) balkonik
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d) chodzik	e) obuwie ortopedyczne	f) oproteżowanie kończyny
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

6. Zalecenia dotyczące likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie