

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:

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