

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki indywidualnej

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb poradni ortopedycznej przychodni **N.Z.O.Z. VISMED sp. z o.o.**

Imię i nazwisko

PESEL:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej ICD10:

2. Cel wydania zaświadczenia – przygotowanie wniosku refundacyjnego na wózek inwalidzki
(*Prosimy o zaznaczenie **właściwej** odpowiedzi w **kółko***)

- Chory z trwałym ograniczeniem chodu **TAK / NIE**
- Wymaga wózka inwalidzkiego **TAK / NIE**
- Czy chory jest w stanie samodzielnie poruszać się na wózku **TAK / NIE**
- Czy chory wymaga wózka specjalnego **TAK / NIE**

Jeśli chory wymaga wózka **specjalnego** proszę o **określenie rodzaju** niedowładu lub porażenia np.

- niedowład trzykończynowy
- niedowład czterołączynowy
- porażenie połowicze
- porażenie czterołączynowe

Słownie rodzaj niedowładu lub porażenia

Pieczętka lekarza