Załącznik nr 1   
do zaświadczenia lekarskiego

**Szczegółowa informacja   
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się  
o skierowanie do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie …………………………………………………………………………………………………

2. Data urodzenia …………………………………

3. Sprawność ruchowa ………………………………………………………………………....  
………………………………………………………………………………………………….

- czy używa przedmiotów ortopedycznych np.: obuwia ortopedycznego, protez kończyn, wózka inwalidzkiego TAK – NIE  
jeśli tak, to jakich?........................................................................................................................

- środków pomocniczych: okularów, aparatu słuchowego, rurki tchawicznej itp.

TAK – NIE jeśli tak, to jakich?...................................................................................................

- czy występują potrzeby w zakresie wyposażenia w przedmioty i środki ortopedyczne: TAK – NIE jeśli tak, to jakich ………………………………………………………………….

4. Wyniki badań dodatkowych (rtg klatki piersiowej, odczyn Wassermana, badania krwi, moczu, EKG, ewentualnie AIDS itp.), na podstawie których stwierdza się:

- chorobę zakaźną TAK – NIE jeśli tak, to jaką?..........................................................................

- gruźlicę TAK – NIE jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym TAK- NIE ......................................................................................................................................................

5. Na podstawie badań lekarskich stwierdza się, że osoba badana ………..................................

………………………………………………………………………………………………

- powinna być skierowana do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie,  
- nie została zakwalifikowana do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie z powodu przeciwwskazań zdrowotnych ( niepotrzebne skreślić)

…………………………….. ………………………………………….  
(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)