

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

imię i nazwisko

data urodzenia

adres zamieszkania

nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego
i funkcjonalnego: stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Czy osoba ma bariery w komunikowaniu się/ techniczne*:

Tak Nie

5. Jakiego rodzaju bariery w komunikowaniu się / techniczne* wynikają
z niepełnosprawności osoby

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

6. W jakim zakresie istnieje potrzeba zlikwidowania tych barier

.....
.....

* właściwe zaznaczyć

.....
(stempel i podpis lekarza specjalisty)