

stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

..... dn. ....

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

imię i nazwisko.....

data urodzenia .....

adres zamieszkania .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

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

.....  
.....

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

\* właściwe zaznaczyć

Uwaga: Zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia