

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