

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

PESEL:

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. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. Występujące bariery w komunikowaniu się, czyli ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji:
6. Zasadność zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się:

.....
(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)

* Wypełnić czytelnie w języku polskim