

..... dn.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i Nazwisko
Data urodzenia
Adres zamieszkania
PESEL
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. Potwierdzenie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się, używane zaopatrzenie
ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie)