

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu | <input type="checkbox"/> inne |

Opis schorzeń

.....

.....

.....

.....

Określenie rodzaju sprzętu:

.....

.....

.....

.....

Powyższy sprzęt jest:

- niezbędny wskazany zbędny

w celu likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwie zaznaczyć