



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ choroby psychiczne | ☐ narząd wzroku | ☐ układ krążenia |
| ☐ choroby neurologiczne | ☐ narząd słuchu | ☐ układ oddechowy |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ układ ruchu | ☐ inne |

Opis schorzeń:

.....

.....

.....

.....

Określenie rodzaju sprzętu:

.....

.....

.....

Powyższy sprzęt jest:*

- ☐ niezbędny ☐ wskazany ☐ zbędny

w celu likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwe zaznaczyć