

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