

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

prosimy wypełnić czytelnie

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Pacjent jest osobą głuchoniewidomą | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2. Pacjent ma dysfunkcję obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 3. Pacjent ma dysfunkcję narządu wzroku | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 4. Pacjent ma dysfunkcję słuchu | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

UWAGI.....

.....

.....

.....

pieczętka i podpis lekarza