

..... 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. Potrzeby w zakresie likwidacji barier technicznych:

.....
.....
.....
.....

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