

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Adres:

ulica i numer domu:.....

miejsowość:.....

kod pocztowy:.....

4. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta, aktualny stan zdrowia (opis)

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

5. Zalecenia lekarskie w zakresie wskazań do posiadania schodolazu ze względu na niepełnosprawność i istniejące bariery techniczne oraz architektoniczne

Zaleca się posiadanie schodolazu ze względu na niepełnosprawność oraz istniejące bariery;

Nie zaleca się posiadania schodolazu ze względu na niepełnosprawność oraz istniejące bariery

* Uwagi

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

* na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej proszę zakreślić właściwe pola.