

.....  
(pieczęćka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
( ważne 3 miesiące od daty wystawienia)

DANE PERSONALNE PACJENTA	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość, ulica, nr domu/lokalu:	

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**Zaświadczam, że pacjent jest osobą** (zaznaczyć właściwe):

- leżącą
- poruszającą się na wózku inwalidzkim
- z dysfunkcją narządu ruchu,
- z dysfunkcją narządu słuchu,
- z dysfunkcją narządu mowy,
- z dysfunkcją narządu wzroku,
- z inną dysfunkcją .....

.....  
**powodującą trudności w porozumiewaniu się i/lub przekazywaniu informacji**

**Uzasadnienie konieczności likwidacji barier w komunikowaniu się:**

.....  
.....

Data .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza