

..... Miejscowość.....data.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zawierciu.
prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta
 2. Data urodzenia
 3. Adres zamieszkania
 4. Rodzaj niepełnosprawności:
-
.....
.....
.....

5. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się?
(właściwie zakreślić)

- Tak (proszę opisać jakie)

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

- Nie

6. Inne uwagi:

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie