

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?

(właściwe zakreślić)

- Tak (proszę opisać jakie)

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

- Nie

6. Inne uwagi:

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie