

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY

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

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Rodzaj dysfunkcji:
.....

Sposób poruszania się:

- osoba leżąca
- na wózku inwalidzkim
- po amputacji kończyn (protezy)
- przy pomocy balkonika
- przy pomocy kul
- samodzielnie

Dodatkowe informacje:
.....
.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza