

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

Miejscowość.....data.....

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta.....
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania.....
4. Występujące problemy w komunikacji:

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

5. W jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia zlikwiduje bariery w komunikowaniu się?

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

6. Inne uwagi:

.....
.....

.....
Pieczątką i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie