

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(wydane na potrzeby PCPR w Krakowie)

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rodzaj wnioskowanego sprzętu:

.....
.....

Rodzaj schorzeń utrudniających codzienne funkcjonowanie i wykonywanie codziennych, podstawowych czynności):

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

Uzasadnienie - czy z uwagi na posiadane schorzenia osoba niepełnosprawna ma trudności w wykonywaniu codziennych podstawowych czynności oraz czy ma trudności w codziennym funkcjonowaniu, a także czy zachodzi potrzeba wykonywania tych czynności przy użyciu wnioskowanego sprzętu

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

.....
data

.....
(pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)