

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA – PRZEWODNIKA DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia: .....

.....

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:.....

.....

.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny, inne urządzenia:

.....

Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika.

Uzasadnienie potrzeby korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:

.....

.....

.....

.....

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza