

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK NIE

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok)?

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok)?

W/w Pan(i) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

TAK NIE

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

TAK NIE

.....

(Pieczętka i podpis lekarza)