

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

**Imię i nazwisko** .....

zamieszkała(y) .....

PESEL .....

**Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:**

- słuchu
- mowy
- inne (jakie)

.....

.....

.....

**Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza  
przewodnika (zaznaczyć właściwe):**

- nie
- tak – uzasadnienie:

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)