

6. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych oraz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych załączonych do niniejszego zaświadczenia

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

8. Ww. Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwe podkreślić):

- a) przyjmowania pokarmów,
- b) wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej,
- c) poruszania się w środowisku,
- d) prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprząatanie, pranie itp.)

9. Ww. Pan(i) przejawia znaczne zaburzenia sfery emocjonalnej i wolicjonalnej:

.....
.....

10. Ww. Pan(i) wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki osoby drugiej - stale, okresowo, nie wymaga opieki*.

11. Ww. Pan(i) jest zdolny(a), nie jest zdolny(a)* do odbycia podróży celem poddania się bezpośredniemu badaniu przez lekarza wydającego opinię.

* niepotrzebne skreślić

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