\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(zdravstveni zavod, ambulanta)

**ZDRAVNIŠKO POTRDILO O PSIHOFIZIČNI PRIMERNOSTI SLEPE ZAVAROVANE OSEBE ZA PSA VODIČA SLEPIH**

Zavarovana oseba:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime in priimek)

Datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVLJAM**, da:

* pri zavarovani osebi ne gre za težave na govornem področju (možnost jasnega in razločnega govora);
* pri zavarovani osebi ne gre za okrnjeno slušno funkcijo (ohranjena slušna funkcija z uporabo slušnega aparata);
* pri zavarovani osebi ne gre za motnjo v gibalni zmogljivosti ali motnjo v funkciji lokomotornega aparata (samostojno gibanje v prostoru s pomočjo bele palice, brez drugih pripomočkov za hojo; ohranjena mišična moč zgornjih okončin, zadržanje ravnotežja pri vleku);
* pri zavarovani osebi ne gre za pomembno motnjo psihičnega počutja, ki bi onemogočala skrb za psa (odsotna ali psihično stabilna duševna motnja v zadnjem letu).

Druge morebitne posebnosti zdravstvenega stanja, ki po oceni zdravnika lahko vplivajo na psihofizično primernost zavarovane osebe za uporabo psa vodiča slepih ***(obvezno izpolniti pri psihiatričnih stanjih)*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum in kraj Podpis osebnega zdravnika

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_