

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się *

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy dysfunkcji (proszę zakreślić właściwe pole):

☐ **Narządu ruchu w zakresie:** ☐ obu kończyn górnych ☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny górnej
☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym niż wskazane powyżej

☐ **Narządu wzroku w zakresie:** ☐ jednego oka ☐ obu oczu

☐ **Narządu wzroku i słuchu:** ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ inne - jednocześnie zaburzenia wzroku i słuchu

☐ **Narządu słuchu i mowy:** ☐ osoba głuchoniema ☐ inne- jednocześnie zaburzenia słuchu i mowy (głosu)

☐ **Inne dysfunkcje, w tym:** ☐ upośledzenie umysłowe ☐ choroby psychiczne ☐ choroby neurologiczne
☐ pozostałe schorzenia i zaburzenia

Szczegółowy opis zakresu dysfunkcji pacjenta wskazujący na trudności w komunikowaniu się

.....
.....

Niepełnosprawność danego narządu/układu sprawia trudności w komunikowaniu się w stopniu:

- ☐ znacznym
☐ umiarkowanym
☐ lekkim

Używane przez pacjenta przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

Informacje uzupełniające (rokowania):.....

Zalecany sprzęt w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się :

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

***Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.**