

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier w komunikowaniu się
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Rodzaj dysfunkcji lub schorzenia:

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu i mowy
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma)	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniewidoma)	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu:	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
<input type="checkbox"/> amputacja jednej lub obu nóg	
<input type="checkbox"/> wrodzony brak lub amputacja jednej lub obu rąk	
<input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu	
(jaka?).....	
.....	
<input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	<input type="checkbox"/> choroba psychiczna
<input type="checkbox"/> epilepsja	<input type="checkbox"/> schorzenie neurologiczne
<input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
<input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?)	
.....	

3. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) polegające na:

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

4. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt wpłyną na poprawę komunikowania się z otoczeniem:

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

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie