

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

**Zaświadczenie lekarskie**  
 wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier technicznych  
 (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: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim</li> <li><input type="checkbox"/> amputacja jednej lub obu nóg</li> <li><input type="checkbox"/> wrodzony brak lub amputacja jednej lub obu rąk</li> <li><input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu                (jaka?).....                .....</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia <input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?) .....	<input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> schorzenie neurologiczne

3. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagą na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności

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

.....  
 Data

.....  
 Pieczętka i podpis lekarza  
 wystawiającego zaświadczenie