

.....
 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"> <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"/> 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 uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności

.....

.....
 Data

.....
 Pieczętka i podpis lekarza
 wystawiającego zaświadczenie