

....., dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Choszczynie o dofinansowanie ze
środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji
barier w komunikowaniu się
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko pacjenta:
PESEL:.....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

II. Przyczyna niepełnosprawności (proszę zakreślić właściwe pole)*:

- upośledzenie umysłowe,
- choroby psychiczne,
- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku,
- choroby narządu ruchu:
 - z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
 - bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim,
- epilepsja,
- choroby układu oddechowego i krążenia,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby układu moczowo-płciowego,
- choroby neurologiczne,
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe.

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

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

IV. Ewentualne potrzeby związane z likwidacją bariery w komunikowaniu się:

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

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*właściwe zaznaczyć X