

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik Nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR w Świdwinie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

5.

Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier w komunikowaniu się, które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem *

- **TAK** (uzasadnić)

- **NIE**

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy *

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
- inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne:

*** właściwe zaznaczyć**

.....
Pieczątko i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

