

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty, który określi potrzebę likwidacji barier w komunikowaniu się stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....

3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
- wrodzony brak lub amputacja kończyn
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- inne schorzenia (jakie?)

4. Zasadność zakupu wnioskowanego urządzenia w odniesieniu do rodzaju niepełnosprawności i niwelowania barier w komunikowaniu się.....

.....

5. Opis niepełnosprawności z uwzględnieniem, czy powoduje ona trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji:

.....

.....

6. Uwagi i zalecenia dodatkowe:

.....

data.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

-
- Wypełnić czytelnie w języku polskim