

.....
(*Pieczątka* zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(*miejsowość i data*)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier w komunikowaniu się,
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> porusza się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma |
| <input type="checkbox"/> porusza się o kulach | <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca |
| <input type="checkbox"/> porusza się z chodzikiem | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja słuchu – należy wypełnić punkt A na str. 2 |
| <input type="checkbox"/> porusza się o lasce | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja mowy – należy wypełnić punkt B na str. 2 |
| <input type="checkbox"/> porusza się za pomocą protezy/proteż | <input type="checkbox"/> inna, jaka?..... |
| <input type="checkbox"/> osoba stale/długotrwale leżąca | |
| <input type="checkbox"/> brak lub niedowład kończyn górnych | |
| <input type="checkbox"/> inna, jaka?..... | |
| | |

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

3. Schorzenia współistniejące

.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy)

.....
.....

5. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

**właściwe zaznaczyć

A. Charakterystyka dysfunkcji słuchu

- osoba głuchoniema
- osoba z wszczepionym implantem ślimakowym
- osoba wymagająca obustronnego protezowania słuchu
- osoba z całkowitą głuchotą ucha prawego / lewego i niedosłuchem ucha prawego / lewego wymagającym / niewymagającym protezowania
- osoba z jednostronnym niedosłuchem wymagającym / niewymagającym protezowania
- osoba z obustronnie / jednostronnie uszkodzonym słuchem, u której brak możliwości poprawy słyszenia za pomocą protezowania
- inna, jaka?.....
.....
.....

B. Charakterystyka dysfunkcji mowy

- afazja
- stan po usunięciu krtani
- wady wrodzone lub uszkodzenie struktur w obrębie jamy ustnej, twarzy, szyi, jakie?
.....
.....
- zaburzenia w funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego, jakie?
.....
.....
- osoba porozumiewająca się za pomocą alternatywnych metod komunikacji, jakich?.....
.....
.....
- inna, jaka?.....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)