

..... dn.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarszą specjalistę dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Nowym Dworze Mazowieckim w celu likwidacji barier

ARCHITEKTONICZNYCH / W KOMUNIKOWANIU SIĘ / TECHNICZNYCH
ze środków PFRON

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko Pacjenta:

Adres zamieszkania:

PESEL:

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):

<input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	<input type="checkbox"/> schorzenie psychiczne
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu	
<input type="checkbox"/> osoba leżąca nie będąca w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim samodzielnie
(pieczęć i podpis lekarza)	(pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy kul, trójnogu, balkonika, itp.	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim wyłącznie przy pomocy osób trzecich
(pieczęć i podpis lekarza)	(pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> osoba korzystająca z protez/ly	<input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/ly :
(pieczęć i podpis lekarza)	(pieczęć i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniewidoma)
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma)	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów słuchu i mowy
<input type="checkbox"/> epilepsja	<input type="checkbox"/> schorzenie neurologiczne
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
<input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności , (jaka?)	

2. Wskazany powyżej rodzaj schorzenia lub dysfunkcji ma charakter:

TRWAŁY OKRESOWY, tj.

3. W związku z niepełnosprawnością Pacjent ma trudności w poruszaniu się w zamieszkiwanym lokalu/domu i jego najbliższej okolicy

NIE TAK, jeśli tak proszę je opisać:

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

4. W związku z niepełnosprawnością Pacjent ma trudności w swobodnym porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji?

NIE TAK, jeśli tak proszę je opisać:

5. W przypadku Pacjenta występują przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaj niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń, które mogłyby wpłynąć na jego sprawniejsze działanie w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze funkcjonowanie?

NIE TAK, jeśli tak proszę je opisać:

6. Dodatkowe informacje dot. stanu zdrowia Pacjenta, służące uzasadnieniu likwidacji barier:

7. Mając na uwadze powyższe zaleca się:

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)