

.....
Pieczęć placówki

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji
barier w komunikowaniu się***

Imię i nazwisko pacjenta**
PESEL **

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu w zakresie:
 ☐ kończyn dolnych
 ☐ kończyn górnych
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroby neurologiczne
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenie układu oddechowego i krążenia
- ☐ inne (jakie?).....

Pacjent wymaga*:

Likwidacji barier w komunikowaniu się ☐ tak ☐ nie

Rodzaj sprzętu** :
.....

Uzasadnienie** :
.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza lub specjalisty

*właściwe zaznaczyć

** pole obowiązkowe

*** zaświadczenie może wystawić specjalista zajmujący się diagnozowaniem i leczeniem zaburzeń mowy oraz komunikacji (np. logopeda, neurologopeda, otolaryngolog, laryngolog, neurolog)

Barier w komunikowaniu się – bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji