

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie
LIKwidACJA BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ¹
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta
Adres zamieszkania
Data urodzenia	(dd-mm-rr)
PESEL
Rodzaj wnioskowanego sprzętu przez Pacjenta

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (opis schorzenia)	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu wzroku (opis schorzenia)	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy (opis schorzenia)	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza
inne schorzenia jakie?	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza

¹ Likwidacja barier w komunikowaniu się przysługuje osobie niepełnosprawnej jeżeli realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie wykonywanie codziennych, podstawowych kontaktów z otoczeniem i jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności. Przez likwidację barier w komunikowaniu rozumiemy likwidację ograniczeń uniemożliwiających lub utrudniających osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji.

2. Stopień zaawansowania schorzenia:

GŁĘBOKI

UMIARKOWANY

LEKKI

3. Czy schorzenie ma charakter trwały (należy zakreślić właściwe pole)?

TAK

NIE

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze (np.: aparat słuchowy, okulary):

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

4. Jakie trudności obecnie posiada pacjent w komunikowaniu się z otoczeniem?

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

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie