

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR likwidacja barier **TECHNICZNYCH**

(prosimy wypełnić wszystkie pola - czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przyczyna niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- ☐ upośledzenie umysłowe,
- ☐ choroby psychiczne,
- ☐ zaburzenia głosu, mowy,
- ☐ choroby słuchu,
- ☐ choroby narządu wzroku,
- ☐ choroby narządu ruchu,
 - z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
 - bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim,
 - osoba leżąca wymagająca opieki innych osób,
- ☐ epilepsja,
- ☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
- ☐ choroby układu pokarmowego,
- ☐ choroby układu moczowo – płciowego,
- ☐ choroby neurologiczne,
- ☐ inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

3. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności

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