**Załącznik nr 1**

……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……., dnia……...

# 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 zwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
   - □ całościowe zaburzenia rozwojowe.
3. Wymaga likwidacji barier technicznych (zaznaczyć właściwe):
   - □ NIE
   - □TAK ( **proszę wskazać właściwy sprzęt**) ……

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

…….

……

……...…….

……..……..

……...……

pieczątka i podpis lekarza rodzinnego/specjalisty