

## Załącznik nr 1

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA** wydane dla potrzeb PCPR likwidacja barier w **komunikowaniu się** (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. Wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się (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 lub kontaktów z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności

.....  
pieczętka i podpis lekarza rodzinnego/specjalisty