

.....
Pieczeń zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

..... dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarsza specjalistę dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Nowym Dworze Mazowieckim w celu likwidacji barier

☐ ARCHITEKTONICZNYCH / ☐ W KOMUNIKOWANIU SIĘ / ☐ TECHNICZNYCH
ze środków PFRON

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko Pacjenta:

Adres zamieszkania:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):

☐ deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	☐ schorzenie psychiczne
☐ dysfunkcja narządu ruchu	
☐ osoba leżąca nie będąca w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim	☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim samodzielnie
..... (pieczęć i podpis lekarza)	 (pieczęć i podpis lekarza)
☐ osoba poruszająca się przy pomocy kul, trójnogu, balkonika, itp.	☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim wyłącznie przy pomocy osób trzecich
..... (pieczęć i podpis lekarza)	 (pieczęć i podpis lekarza)
☐ osoba korzystająca z protez/y	☐ osoba po amputacji kończyn/y :
..... (pieczęć i podpis lekarza)	 (pieczęć i podpis lekarza)
☐ dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)	
☐ dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma)	
☐ dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniewidoma)	
☐ dysfunkcja narządu słuchu	☐ dysfunkcja narządów słuchu i mowy
☐ epilepsja	☐ schorzenie neurologiczne
☐ niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
☐ inny rodzaj niepełnosprawności , (jaka?)	

2. Wskazany powyżej rodzaj schorzenia lub dysfunkcji ma charakter:

☐ TRWAŁY ☐ OKRESOWY, tj.

3. W związku z niepełnosprawnością Pacjent ma trudności w poruszaniu się w zamieszkiwanym lokalu/domu i jego najbliższej okolicy (bariery architektoniczne).

☐ NIE ☐ TAK, jeśli tak proszę **szczegółowo uzasadnić:**

.....

.....

.....

.....

W związku z niepełnosprawnością Pacjent ma trudności w swobodnym porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji (bariery w komunikowaniu się).

☐ NIE ☐ TAK, jeśli tak proszę **szczegółowo uzasadnić:**

4. W przypadku Pacjenta występują przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaj niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń, które mogłyby wpłynąć na jego sprawniejsze działanie w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze funkcjonowanie (bariery techniczne).

☐ NIE ☐ TAK, jeśli tak proszę **szczegółowo uzasadnić:**

5. Dodatkowe informacje dot. stanu zdrowia Pacjenta, służące uzasadnieniu likwidacji barier:

6. Mając na uwadze powyższe zaleca się:

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)