

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łosicach
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Pacjent nie wymaga / wymaga:*

- Likwidacji barier technicznych – zakup sprzętu ułatwiającego egzystencję.
- Likwidacji barier w komunikowaniu się – zakup sprzętu ułatwiającego komunikację (np. komputer, telefon, radiomagnetofon) **

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:* *

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą kuli lub balkonika | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> porażenie czterokończynowe | <input type="checkbox"/> autyzm |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) | |

Główna przyczyna niepełnosprawności (można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny):* *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> upośledzenie narządu ruchu | <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i słuchu |
| <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia endokrynologiczne,
metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne,
choroby zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia,
choroby układu krwiotwórczego | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe |

Opis schorzenia (w/w niepełnosprawność spowodowana jest)

.....
.....

Zalecany zakres likwidacji barier technicznych lub nazwa sprzętu potrzebna w celu likwidacji barier w komunikowaniu się

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

Uzasadnienie konieczności korzystania z w/w sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się (w jaki sposób sprzęt ułatwi lub umożliwi wykonywanie codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem)

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

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić
**właściwe zaznaczyć