

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się o dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/> porusza się na wózku inwalidzkim
<input type="checkbox"/> porusza się o kulach
<input type="checkbox"/> porusza się z chodzikiem
<input type="checkbox"/> porusza się o lasce
<input type="checkbox"/> porusza się za pomocą protezy
<input type="checkbox"/> osoba stale/długotrwale leżąca
<input type="checkbox"/> brak lub niedowład kończyn górnych
<input type="checkbox"/> inna, jaka?..... | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku
<input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma
<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja słuchu – należy wypełnić punkt A na str.2
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja mowy – należy wypełnić punkt B na str. 2
<input type="checkbox"/> inna, jaka?.....
..... |
|---|---|

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Schorzenia współistniejące

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

Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

A. Charakterystyka dysfunkcji słuchu

- osoba głuchoniema
- osoba z wszczepionym implantem ślimakowym
- osoba wymagająca obustronnego protezowania słuchu
- osoba z całkowitą głuchotą ucha prawego / lewego i niedosłuchem ucha prawego / lewego wymagającym / niewymagającym protezowania
- osoba z jednostronnym niedosłuchem wymagającym / niewymagającym protezowania
- osoba z obustronnie / jednostronnie uszkodzonym słuchem, u której brak możliwości poprawy słyszenia za pomocą protezowania
- inna, jaka?.....
.....

B. Charakterystyka dysfunkcji mowy

- afazja
- stan po usunięciu krtani
- wady wrodzone lub uszkodzenie struktur w obrębie jamy ustnej, twarzy, szyi, jakie?
.....
- zaburzenia w funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego, jakie?
.....
- osoba porozumiewająca się za pomocą alternatywnych metod komunikacji, jakich?.....
.....
- inna, jaka?.....
.....

.....
miejsowość i data

.....
pieczęćka i podpis lekarza