
Pieczęć Zakładu Opieki
Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu-
likwidacja barier w komunikowaniu się/ dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego
/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/

Imię i nazwisko _____

PESEL _____ adres zamieszkania _____

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej _____

2. Używane zaopatrzenie w:

- przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze: _____

- sprzęt rehabilitacyjny: _____

3. Niepełnosprawność dotyczy dysfunkcji narządu (zaznaczyć właściwe):

ruchu, tj.:

- kończyny górne, w zakresie _____

- kończyny dolne, w zakresie _____

- jednoczesna dysfunkcja kończyn/y/ górnej i dolnej, w zakresie _____

wzroku

słuchu

mowy

inne schorzenia (podać jakie) _____

7. Czy w związku z istniejącą niepełnosprawnością występują zaburzenia komunikowania się z innymi ludźmi?

TAK

NIE

8. Czy zaburzenia komunikowania się można pokonać w wyniku posługiwania się komputerem:

TAK

NIE

Data

Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

*prosimy wypełniać w przypadku osób niepełnosprawnych, u których przyczyną powstania niepełnosprawności (wynikającą z orzeczenia) są: zaburzenia głosu, mowy lub choroby słuchu (L), lub choroby narządów wzroku (O) lub upośledzenie narządu ruchu (R), wyłącznie w sytuacji gdy osoba porusza się na wózku inwalidzkim.