

.....  
Pieczęć Zakładu Opieki  
Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....  
Data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA\***

Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - likwidacja barier w komunikowaniu się  
/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące.....

.....

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze

.....

.....

5. Używany sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....

6. Niepełnosprawność dotyczy (zakreślić właściwe):

- narząd ruchu, w zakresie .....

.....

- kończyny górne, w zakresie .....

.....

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

.....

- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- 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

/jeżeli wybrano odpowiedź TAK to prosimy o podanie uzasadnienia/

### Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....  
Pieczeń 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.