

.....  
( pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
Lub praktyki lekarskiej)

### ZAŚWIADCZENIE LEKRSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR w związku z likwidacją barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się (wypełnić czytelnie po polsku)

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

#### **Pacjent wymaga\*:**

- Likwidacja barier architektonicznych – dostosowanie pomieszczeń mieszkań lub budynków
- Likwidacja barier w komunikowaniu się – zakup np.: programów do komunikacji, czytników
- Likwidacja barier technicznych – zakup sprzętu ułatwiającego egzystencje

#### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \*:**

- dysfunkcja narządu ruchu
  - dysfunkcja narządu słuchu
  - dysfunkcja narządu mowy
  - dysfunkcja narządu wzroku
  - osoba leżąca
  - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
  - osoba po amputacji kończyny/kończyn dolnych
  - osoba poruszająca się za pomocą kuli lub balkonika
  - choroba psychiczna
  - upośledzenie umysłowe
  - autyzm
  - inne (jakie?)
- .....

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

- upośledzenie umysłowe
- choroby psychiczne
- zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- choroby narządu wzroku
- upośledzenie narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu oddechowego i krążenia
- choroby układu pokarmowego

- choroby układu moczowo-płciowego
- choroby neurologicznego
- inne, w tym schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego
- całościowe zaburzenia rozwojowe

**Opis schorzenia:**

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

.....  
miejsowość i data  
\*Właściwe zaznaczyć

Pieczątka i podpis lekarza