

.....
pieczętka placówki

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wydane na potrzeby wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole)

- 01-U (upośledzenie umysłowe)
- 02-P (choroby psychiczne)
- 03-L (choroby laryngologiczne/ słuch)
- 04-O (narząd wzroku)
- 05-R (narządy ruchu)
- 06-E (epilepsja)
- 07-S (choroby układu krążenia/ oddechowego)
- 08-T (choroby układu pokarmowego)
- 09-M (choroby układu moczowo- płciowego)
- 10-N (choroby neurologiczne)
- 11-I (inne, w tym m.in.: schorzenia endokrynologiczne, enzymatyczne, metaboliczne)
- 12-C (całościowe zaburzenia rozwojowe)

2. Zakres dysfunkcji pacjenta dotyczy (opis):

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

Dysfunkcja narządu ruchu, pacjent porusza się za pomocą:

- wózka inwalidzkiego
- kul łokciowych
- balkonika
- laski
- jest osobą leżącą
- inne (jakie?)
- nie dotyczy

3. Konieczność dostosowaniado potrzeb pacjenta.
(wpisać pomieszczenie)

4. Konieczność zaopatrzenia wna potrzeby pacjenta.
(wpisać rodzaj sprzętu)

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Dysfunkcja narządu wzroku	Pacjent ma zwężone pole widzenia: Lewe oko: Zwężenie pola widzenia:stopni Prawe oko: Zwężenie pola widzenia:stopni Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): Lewe oko: Ostrość wzroku (w korekcji): Prawe oko: Ostrość wzroku (w korekcji): Pacjent jest osobą niewidomą: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Konieczność zaopatrzenia w	 Data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu słuchu	Ubytek słuchu: Lewe ucho: dB Prawe ucho: dB Pacjent jest osobą głuchoniemą: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Konieczność zaopatrzenia w	 Daty, pieczętka i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu słuchu i wzroku	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Konieczność zaopatrzenia w	 Daty, pieczętka i podpis lekarza specjalisty