

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR w Augustowie – **likwidacja barier w komunikowaniu się**

**Imię i nazwisko Pacjenta** .....

**PESEL**   └┐└┐└┐└┐└┐└┐└┐└┐└┐└┐

**Adres zamieszkania** .....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**.....  
.....  
.....

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
  - na wózku inwalidzkim
  - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
  - osoba leżąca
  - inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?) .....
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu
- Dysfunkcja narządu mowy
- Upośledzenie umysłowe
- Inne, jakie? .....

**Czy niepełnosprawność Pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem?**

TAK            NIE

**Niezbędne urządzenia, których zakup umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi Pacjentowi kontakty z otoczeniem, swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji**

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

**Uzasadnienie celowości zakupu zalecanego sprzętu/urządzenia w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej**

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

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie