

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie z zadania „Łamanie barier w komunikowaniu”.
do zakupu sprzętu elektronicznego.
(prosimy wypełnić czytelnie)

1. Imię.....

2. Nazwisko.....

3. PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej Pacjenta stwierdza się, że:

Pacjent wymaga:

**Likwidacji barier w komunikowaniu się – zakupu np.: komputera, telefonu
komórkowego, itp.**

TAK NIE

**I. Pacjent ma ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne
porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji**

- dysfunkcja mowy **TAK NIE**
- dysfunkcja wzroku **TAK NIE**
- dysfunkcja słuchu **TAK NIE**
- porażenie czterokończynowe **TAK NIE**
- autyzm **TAK NIE**

inne schorzenia, proszę wymienić:

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

II. Czy Pacjent jest osobą:

- leżącą TAK NIE
- poruszającą się na wózku TAK NIE
- poruszającą się o kulach TAK NIE

III. Opis trudności porozumiewania się jakie ma Wnioskodawca z otoczeniem w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecane urządzenie, które zlikwiduje bądź ograniczy Wnioskodawcy trudności w komunikowaniu oraz wpłynie na poprawę w sferze komunikacji z otoczeniem.

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*Lekarz specjalista lub psycholog /pedagog/ logopeda – zaświadczenie dla dzieci niepełnosprawnych.

*Lekarz rodzinny – zaświadczenie dla osób posiadających orzeczenie w stopniu znacznym i umiarkowanym z tytułu dysfunkcji wzroku, słuchu i ruchu.

*Lekarz specjalista – zaświadczenie dla osób dorosłych, które posiadają inną podstawę wydanego orzeczenia niż wzrok, słuch i ruch.