

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko PacjentaAdres.....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis):

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

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta (*proszę potwierdzić podpisem i pieczętką*):

1.	Upośledzenie umysłowe	pieczętka, nr i podpis lekarza
2.	Choroby psychiczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
3.	Zaburzenia głosu, mowy i słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
4.	Choroby narządu wzroku	pieczętka, nr i podpis lekarza
5.	Epilepsja	pieczętka, nr i podpis lekarza
6.	Choroby neurologiczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
7.	Zaburzenia narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
8.	Częściowe/całościowe zaburzenia rozwoju	pieczętka, nr i podpis lekarza
9.	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

5. Uzasadnienie (informacja na temat trudności w komunikowaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością)

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

....., dnia
(miejsowość) (data)

pieczętka, nr i podpis lekarza