……
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się**

1. Imię i nazwisko ……
2. Pesel ……
3. Adres ……

4. Pacjent ze względu na uszkodzony narząd:

a) słuchu - posiada następujące trudności (ograniczenia) w komunikowaniu się:

……

b) mowy - posiada następujące trudności (ograniczenia) w komunikowaniu się:

……

c) wzroku - posiada następujące trudności (ograniczenia) w komunikowaniu się:

……

d) ruchu - posiada następujące trudności (ograniczenia) w komunikowaniu się:

……

e) inne (jakie?) …….. - posiada następujące trudności (ograniczenia) w komunikowaniu się:

……

Stwierdzam, iż w/w trudności (ograniczenia) uzasadniają konieczność posługiwania się

…… do komunikowania się.
nazwa urządzenia

Stwierdzam, że stan psychofizyczny pacjenta ……umożliwia
imię i nazwisko

posługiwanie się …… w celu komunikowania się czyli
nazwa urządzenia

porozumiewania się i/lub przekazywania informacji.

……, dnia ……..

……
pieczątka i podpis lekarza

***** ***bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.***