

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi – likwidacja barier w komunikowaniu się
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- upośledzenie umysłowe
- choroby psychiczne
- zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- choroby narządu wzroku
- upośledzenie narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu oddechowego i krążenia
- choroby układu pokarmowego
- choroby układu moczowo-płciowego
- choroby neurologiczne
- inne: w tym schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne itd.
- całościowe zaburzenia rozwojowe

2. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

3. Opis trudności jaki ma Wnioskodawca w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku istniejącą niepełnosprawnością:

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

4. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy porozumiewanie się i przekazywanie informacji:

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

Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza

* właściwe zaznaczyć