………………………………………….

*stempel zakładu opieki zdrowotnej*

 ..……..…………………………,*dnia*………………………………..

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych* ***likwidacji barier technicznych***

***Imię i Nazwisko***:…………………………………………………………………………………………………...

***PESEL:*** …………………………………………………………………………….……………………………...

***Adres zamieszkania:*** ………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

***II. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta powoduje dysfunkcję:***

[ ]  *narządu wzroku,*

[ ]  *narządu słuchu,*

[ ]  *narządu mowy,*

[ ]  *narządu ruchu.*

***Ponadto pacjent:***

[ ]  *jest osobą leżącą nie będącą w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich,*

[ ] *porusza się na wózku inwalidzkim,*

[ ]  *porusza się przy pomocy balkonika,*

[ ]  *porusza się przy pomocy kul, laski itp.*

[ ]  *używa protezy,*

[ ]  *używa obuwia ortopedycznego,*

[ ]  *jest osobą niewidomą,*

[ ]  *jest osobą niedowidzącą:*

*a) ma zwężone pole widzenia:* [ ]  *nie dotyczy*

[ ]  *w oku lewym do ………………………. stopni*

[ ]  *w oku prawym do……………………… stopni*

*b) ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):* [ ]  *nie dotyczy*

[ ]  *w oku lewym do* ……………………..

[ ]  *w oku prawym do* …………………....

***III. Zalecany sprzęt/urządzenie, który/które pozwoli na usunięcie bariery technicznej:***

……………………………………………………………………………………………………...……..……………..……………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………….........................................................................

***IV. Czy w/w sprzęt/urządzenie zlikwiduje przeszkody w funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej?***

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 TAK NIE

 ***Jeżeli tak, proszę opisać, w jaki sposób zlikwiduje przeszkody w funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.***

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………….………………..

 pieczęć i podpis lekarza\*

\* Lekarz specjalista/ lekarz rodzinny