

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb PCPR w Iławie

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

1. Rozpoznanie chorobowe

.....

.....

.....

2. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące

.....

.....

.....

3. Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w komunikowaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością?

☐ TAK *

☐ NIE*

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie przez ww. osobę niepełnosprawną z następującego urządzenia/sprzętu: (proszę podać nazwę zalecanego urządzenia/sprzętu).

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Pieczętka i podpis lekarza

* właściwe zaznaczyć