

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

Dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się)

**(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko.....

2. PESEL .....

3. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie) .....

.....

.....

.....

.....

I. Prosimy wymienić urządzenie /sprzęt, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi  
pacjentowi kontaktowanie się z otoczeniem .....

.....

.....

.....

II. Stopień samodzielności pacjenta - **NALEŻY WSKAZAĆ JEDNĄ ODPOWIEDŹ W KAŻDEJ TABELI**

### **Tabela 1**

**Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (spożywanie posiłków, toaleta, ubiór):**

| <i>Należy wskazać wyłącznie jedną odpowiedź</i>                                             | <b>Pieczętka i podpis<br/>lekarza</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji przez opiekuna (osoba całkowicie niesamodzielna) |                                       |
| 2. Z pomocą osoby drugiej (osoba częściowo samodzielna)                                     |                                       |
| 3. Samodzielnie                                                                             |                                       |

VERTE

**Tabela 2**

**Ocena zdolności do komunikowania się z innymi:**

| <i>Należy wskazać wyłącznie jedną odpowiedź</i>                                                                                                                                                                    | <b>Pieczętka i podpis lekarza</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Całkowity brak możliwości komunikowania się – przekazywania informacji będący następstwem dysfunkcji mowy i/lub słuchu (osoba nie mówi)                                                                         |                                   |
| 2. Ograniczone możliwości komunikowania się – przekazywania informacji będące następstwem dysfunkcji narządu mowy i/lub słuchu (trudności z mową i słuchem)                                                        |                                   |
| 3. Ograniczenia w komunikowaniu się będące następstwem dysfunkcji narządu ruchu lub narządu wzroku (osoba leżąca, poruszająca się na wózku inwalidzkim, z niedowładem kończyn dolnych, niewidoma lub niedowidząca) |                                   |
| 4. Brak ograniczeń w komunikowaniu się – przekazywaniu informacji                                                                                                                                                  |                                   |

.....  
 pieczętka i podpis lekarza  
 wystawiającego zaświadczenie

**Uwaga:**

*Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.*

*Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.*