

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu dla osób z dysfunkcją narządu ruchu

/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia

dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającej ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)

dysfunkcji narządu ruchu/ chorób neurologicznych z koniecznością poruszania się wyłącznie przy pomocy wózka inwalidzkiego

innych schorzeń, (podać jakich): _____

4. Czy w związku z istniejącą niepełnosprawnością występują zaburzenia komunikowania się z innymi ludźmi?

TAK

NIE

5. Czy zaburzenia komunikowania się można pokonać w wyniku posługiwania się sprzętem elektronicznym lub jego elementami lub oprogramowaniem**:

TAK

NIE

Data

Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

*prosimy wypełniać w przypadku osób niepełnosprawnych, u których przyczyną powstania niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu

** należy przez to rozumieć komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia i dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności