

.....  
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

.....  
/miejsowość i data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb MOPR w Suwałkach**  
**likwidacja barier w komunikowaniu się**

- wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko .....

PESEL

Adres zamieszkania: **Suwałki, ul.** .....

**LIKwidACJA BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

**bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji**

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej/badania stwierdza się (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Ubytek słuchu pacjenta wynosi co najmniej 70 decybeli (db) w uchu lepszym</p> <p>Sugerowany sprzęt: .....</p> <p>.....</p>	<p>pieczętka, podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Pacjent z dysfunkcją narządu mowy, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia, a schorzenie jest konsekwencją nie mówienia (opis schorzenia) : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Sugerowany sprzęt: .....</p> <p>.....</p>	<p>pieczętka, podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Pacjent, który posiada znaczny stopień niepełnosprawności ze względu na schorzenia narządu wzroku, nie może korzystać ze standardowego sprzętu elektronicznego</p> <p>Sugerowany sprzęt: .....</p> <p>.....</p>	<p>pieczętka, podpis lekarza</p>