

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez **lekarza specjalistę** o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych - wrodzony brak obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych - amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych - charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową <u>w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego</u> , wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in.: porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Żadna z opisanych powyżej dysfunkcji narządu ruchu w zakresie obu kończyn górnych nie występuje	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....
 pieczętka, nr i podpis **lekarza specjalisty**