

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez **lekarza specjalistę** o dofinansowanie w ramach 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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja obu kończyn górnych</b> - wrodzony brak obukończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja obu kończyn górnych</b> - amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja obu kończyn górnych</b> - 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 mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Żadna z opisanych powyżej dysfunkcji narządu ruchu w zakresie obu kończyn górnych <b>nie występuje</b>	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>

....., dnia .....  
 (miejscowość) ( data)

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