

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku 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 **O** oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

<input type="radio"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, co najmniej w obrębie przedramienia	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza specjalisty</small>
<input type="radio"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe)	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza specjalisty</small>

....., dnia

miejsowość

data

.....
pieczętą, nr_i podpis lekarza specjalisty