

.....
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 oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
	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 mózgowo, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

miejsceowość

data

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