

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko
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"/>	Osoba niepełnosprawna posiada dysfunkcję obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyn górnych wynika z: wrodzonego braku kończyn górnych (opis – na jakim poziomie):	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyn górnych wynika z: amputacji kończyn górnych (opis – na jakim poziomie):	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (opis schorzenia i ograniczeń):	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych objawiający się (opis schorzenia i ograniczeń):	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętąka, nr_ i podpis lekarza