



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i Nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres (miejsce pobytu)
2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia
<input type="checkbox"/>	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. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe)

.....

Data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty