

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta:
2. PESEL
3. Adres zamieszkania:
4. Zakres dysfunkcji kończyn górnych i/lub dolnych pacjenta (opis):
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:
6. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

1.	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia (należy wskazać):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	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 mózgowie, choroby neuromięśniowe: (należy je wymienić) :	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4.	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

7. Czy dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta w stopniu znacznym utrudnia korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza