

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

....., **dnia**.....
(**miejsowość**)

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 lub badania 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, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia w zakresie obu kończyn górnych:	pieczętąka, nr i podpis lekarza