

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....r.
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (zadanie B1)
- **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 schorzenie/niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową (w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia (na wysokości od:.....)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza