

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

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

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
.....

Używane aktualnie przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne:
.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu kończyn górnych (rozumiana jako wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <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. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) Objawiająca się: | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja tj. | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia
miejsowość

.....
pieczętka, nr, podpis lekarza