

.....
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 pieczętką):

<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
miejscowość

.....
pieczętka, nr, podpis lekarza