

....., dnia.....

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności do wniosku
o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
(całość zaświadczenia uzupełnia lekarz – jednym charakterem pisma)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących
podstawę orzeczenia (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 niepełnosprawność
Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Wrodzony brak obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | 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. porażenie mózgowego, chorób neuromięśniowych) | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia20.....r.

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarz