

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ**

(dotyczy osób z dysfunkcją narządu ruchu)

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 stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta
dotyczy: (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak/amputacja obu kończyn górnych, na wysokości od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe), w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, objawiająca się:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

