

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 **dysfunkcja obu kończyn górnych** Pacjenta dotyczy:

(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

☐	Wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
☐	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego , wynikająca ze schorzeń etiologii (m. in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

☐	Inne schorzenia (wymienić jakie) :	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
		
		
		

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty