

.....
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 znakiem „X” oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<input type="checkbox"/>	Wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<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 etiologii (m. in. porażenia mózgowego, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

<input type="checkbox"/>	<p>Inne schorzenia (wymienić jakie) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty</p>
--------------------------	--	---

....., dnia

(mięscowość)
(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty