Załącznik **nr 2b** do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

……………………………………………..

Stempelzakładu opieki zdrowotnej…….........., dnia ………..……

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

# wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (Obszar B Zadanie nr 1, 2)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

..........................................................................................................................

PESEL

2. Zakres dysfunkcji kończyn górnych pacjenta (opis):

.................................................................................................................

............................................................................................................................

............................................................................................................................

............................................................................................................................

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby   
w tym zakresie:

............................................................................................................................

............................................................................................................................

............................................................................................................................

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje (***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych,  co najmniej w obrębie przedramienia na wysokości/od:  ................................................................................................... | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu wykluczającym  lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe) | pieczątka, nr i podpis lekarza |