

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- *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:

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

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

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