

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” (Obszar B nr 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 wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza