

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy**

(*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

| | | |
|--------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych objawiająca się: | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych objawiająca się: | |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych objawiająca się: | |
| <input type="checkbox"/> | Obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych wyklucza lub znacznie utrudnia korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |
| <input type="checkbox"/> | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: | |
| <input type="checkbox"/> | Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii np. porażenie mózgowo, choroby neuromięśniowe), objawiająca się: | |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia: | |

* **Zaświadczenia wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta**