

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

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 u Pacjenta występuje (**proszę zakreślić właściwe pole**):

wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, co najmniej w obrębie przedramienia,

dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. Porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe),

inna dysfunkcja, proszę wpisać jaka

....., dnia

miejsowość

data

.....

pieczętka, podpis lekarza specjalisty