

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
praktyki lekarskiej

....., **dnia** lub

## 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"/>	<u>Dysfunkcja obu kończyn górnych</u> (wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie <u>obu kończyn górnych</u> , 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
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, i podpis lekarza specjalisty