



program finansowany ze środków PFRON

.....
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. Rodzaj schorzeń i 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**):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, co najmniej w obrębie przedramienia, na wysokości/od:.....
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (np. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe), występująca w postaci:

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty