



pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

obszar B zadanie 1

obszar B zadanie 2

*Zaświadczenie wypełnia lekarz. Prosimy o czytelne wypełnienie, wyłącznie w języku polskim.*

### Dane pacjenta

Imię i nazwisko		PESEL	
-----------------	--	-------	--

### Opis dysfunkcji i charakterystyka schorzeń

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się u pacjenta dysfunkcję

#### Opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu pacjenta

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy	X	Data	Pieczętka, numer i podpis lekarza
Braku obu kończyn górnych po amputacji (co najmniej w obrębie przedramienia) na wysokości /od:			
Wrodzony brak obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia) na wysokości /od:			
Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego wynikająca z:			