
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

obszar B zadanie 1

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista. Prosimy o czytelne wypełnienie.

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: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)

1. Braku obu kończyn górnych po amputacji (co najmniej w obrębie przedramienia) Nie Tak
2. Wrodzony brak obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia) Nie Tak
3. Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego Nie Tak

wynikająca z: _____

Data, pieczęć, numer i podpis lekarza _____