

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane do wniosku o dofinansowanie  
w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd”

**Moduł I Obszar B – dysfunkcja narządu ruchu**

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**- 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 zaznaczyć znakiem „X” we właściwym kwadracie  
oraz należy obok podbić pieczętę oraz podpisać.**

a)  Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych  
- co najmniej w obrębie przedramienia

pieczętka, nr i podpis lekarza

b)  Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

pieczętka, nr i podpis lekarza

c)  Inny, jaki:

pieczętka, nr i podpis lekarza

Miejscowość:

Data wystawienia:

.....  
pieczęć numer i podpis  
lekarza wystawiającego zaświadczenie