

stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

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

Moduł I Obszar B – dysfunkcja narządu ruchu

- 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.

**W kolumnie liczba zaznaczeń należy wpisać liczbę zaznaczonych znaków „X”
w danym punkcie oraz należy obok podbić pieczętkę oraz podpisać**

Lp.	WYSZCZEGÓLNIENIE U PACJENTA WYSTĘPUJE	LICZBA ZAZNACZEŃ *	PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA
1.	Dysfunkcja w zakresie kończyny:		
1.1	górnjej:		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
1.2	dolnej:		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
2	Wrodzony brak lub amputacja kończyny		
2.1	górnjej		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
	na wysokości:		
	<input type="text"/>		
2.2	dolnej		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
	na wysokości:		
	<input type="text"/>		
3.	Znaczny niedowład kończyny górnej:		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		

* - należy pisać liczbę zaznaczonych pól w danym punkcie

3.1

Objawiający się:

4 Pacjent ze standardowego sprzętu komputerowego:

nie może korzystać, lub ma duże utrudnienia z jego korzystania z powodu:

może korzystać.

Miejscowość:

Data wystawienia:

*pieczęć numer i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie*