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 pieczątkę oraz podpisać.

a)	☐	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczątka, 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	pieczątka, nr i podpis lekarza
c)	☐	Inny, jaki:	pieczątka, nr i podpis lekarza

Miejscowość:
Data wystawienia:

pieczęć numer i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie