

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

Moduł I Obszar B
– dysfunkcja obu kończyn górnych

.....
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 pieczętkę 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 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