



Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....

(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis) :.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, stwierdza się , że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, Na wysokości/ od:	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia.....	pieczętka, numer i podpis lekarza

Zaświadcza się, że Pacjent ma znaczny niedowład obu kończyn górnych* , objawiający się:

.....
.....

.....

(miejsowość i data)

.....

(pieczętka, numer i podpis lekarza)

*Przez pojęcie znacznej dysfunkcji obu kończyn górnych – należy rozumieć potwierdzony zaświadczeniem lekarskim, m. in.: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe).