

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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. 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 zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

Dotyczy obszaru A

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia* i polega na	pieczętąka, nr i podpis lekarza
--------------------------	---	--

* W przypadku osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; oraz orzeczeń równoważnych a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności; z dysfunkcją która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C),

Dotyczy obszaru B

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	--

<input type="checkbox"/>	<p>Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Porażenie mózgowe<input type="checkbox"/> Choroby neuromięśniowe<input type="checkbox"/> Innej (jakiej?)	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--------------------------	--	--