



pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
obszar B zadanie 1

Zaświadczenie wypełnia lekarz. Prosimy o czytelne wypełnienie, wyłącznie w języku polskim.

Dane pacjenta

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Opis dysfunkcji i charakterystyka schorzeń

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się u pacjenta dysfunkcję

Opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu pacjenta			
Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie			
Niepelnosprawność pacjenta dotyczy	X	Data	Pieczętka, numer i podpis lekarza
Braku obu kończyn górnych po amputacji na wysokości /od:			
Wrodzony brak obu kończyn górnych na wysokości /od:			
Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego			
wynikająca z:			