

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Dysfunkcja kończyn górnych :

Wrodzony brak

Amputacja kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia

Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....
.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr, i podpis lekarza