

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez lekarza specjalistę 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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	<p><b>Dysfunkcja obu kończyn górnych</b></p> <p>(wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia)</p>	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych</b></p> <p>(znacznie utrudniająca korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego)</p>	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>

....., dnia .....  
 (miejscowość) (data)

.....  
 pieczętka, nr i podpis **lekarza specjalisty**