



.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lub praktyki lekarskiej
NARZĄD RUCHU

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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, 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, wynikających ze schorzenia o różnej etiologii:</p> <p><input type="checkbox"/> choroby neuromięśniowe</p> <p><input type="checkbox"/> porażenie mózgowe</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Inne schorzenia:.....</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza