

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

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

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**(wypełnia lekarz specjalista o specjalizacji związanej  
z rodzajem niepełnosprawności adresata programu)

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**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	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"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(**miejscość**)

(**data**)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

U Pacjenta .....

(należy wpisać imię i nazwisko Pacjenta) występuje dysfunkcja obu kończyn górnych:

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się <b>znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych</b> w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe), występująca w postaci: ..... ..... ..... .....

.....,  
(miejsowość) (data)

.....

pieczętka i podpis lekarza

**UWAGA!**

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także braku danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.

2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.