

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

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta

(opis):

.....
Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby
w tym zakresie:
.....
.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:

- ☐ wrodzony brak lub amputacja obu 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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka i podpis lekarza