

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju
niepełnosprawności 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 będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia(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 jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	Wrodzony brak kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowego, chorób neuromięśnowych)	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia20.....r.

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_ i podpis lekarz

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Kielcach.