

UWAGA:

Przez pojęcie „dysfunkcji obu kończyn górnych” (w przypadku Obszaru B zadanie 1 programu „Aktywny Samorząd”) - należy rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe).

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

..... **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 obu kończyn górnych 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 wpisać w odpowiednich polach znak X oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętą, nr i podpis lekarza
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych wynikająca z następujących schorzeń (proszę opisać):	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Ponadto - **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że:

<p>proszę zakreślić właściwe pola</p> <p>1) Dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta znacznie utrudnia korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2). Przeciwwskazania do korzystania ze standardowego sprzętu komputerowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza