

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

data

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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent ma ubytek słuch powyżej 70 decybeli (db)

tak nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą: Pacjent jest osobą niedowidzącą:

tak nie tak nie

f) Pacjent jest osobą głuchą: Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie tak nie

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	znacznego niedowładu obu kończyn górnych, objawiającego się:	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
dysfunkcji narządu ruchu charakteryzującej 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:		
<input type="checkbox"/>	porażenia mózgowe	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	choroby neuromięśniowe	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	inne schorzenia, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	brak znacznej dysfunkcji obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty