

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)
dla osób powyżej 16 roku życia z dysfunkcją narządu wzroku lub kończyn górnych**
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta:
2. PESEL
3. Adres zamieszkania:

4. W przypadku dysfunkcji narządu wzroku

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że Pacjent posiada następującą dysfunkcję narządu wzroku (właściwe zaznaczyć):

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05: tak nie
- Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni: tak nie

....., dnia
(miejscowość) (data)
pieczęć i podpis lekarza okulisty

5. W przypadku dysfunkcji obu kończyn górnych

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że w przypadku Pacjenta występuje (**proszę zakreślić właściwe pole** **oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią**):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczęć, nr_ i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczęć, nr_ i podpis lekarza specjalisty

Czy dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta w stopniu znacznym utrudnia korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego: tak nie

....., dnia
(miejscowość) (data)
pieczęć, nr_ i podpis lekarza specjalisty