

.....
Pieczętka 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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

W zakresie dysfunkcji obu kończyn górnych:

☐ wrodzony brak, lub amputacja obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia

☐ znaczny niedowład obu kończyn górnych wynikający ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)

W zakresie dysfunkcji narządu wzroku:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do: stopni

☐ w oku prawym do: stopni

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

☐ w oku lewym wynosi:

☐ w oku prawym wynosi:

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza