

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu

„Aktywny samorząd” (B1)

(dla osób do 16 roku życia z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych)

- *prosimy zaznaczyć właściwe oraz wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. W przypadku dysfunkcji narządu wzroku

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

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,3: TAK NIE

- Pacjent ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni: TAK NIE

.....
Pieczętka i podpis
lekarza okulisty

3. 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 pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	<p style="text-align: center;">pieczętka nr i podpis lekarza specjalisty</p>
<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 mózgowo, choroby neuromięśniowe)	