

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Zakres dysfunkcji **obu kończyn górnych*** Pacjenta:

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny

wózek inwalidzki

inne, jakie:.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta dotyczy:

a) Pacjent posiada dysfunkcję obu kończyn górnych:

tak **nie**

b) Dysfunkcja obu kończyn górnych to wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia:

tak **nie**

c) Dysfunkcja charakteryzuje 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):

tak **nie**

5. Uwagi dodatkowe:

.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* (zaznaczyć właściwe pole znakiem X)