

....., 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 ~~narządu wzroku~~ / **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 mózgowe, choroby neuromięśniowe):

**tak**       **nie**

5. Uwagi dodatkowe:

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* (zaznaczyć właściwe pole  znakiem X)