*Załącznik nr 15 do Zarządzenia nr 5.2018*

*Dyrektora PCPR w Olkuszu z dnia 05 .02.2018r.  
 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I*

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** - *Moduł I /Obszar B /Zadanie nr 1*

***dysfunkcja obu kończyn górnych***

# 

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:

a) dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:

wrodzonego braku kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia

amputacji obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia

dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie

obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym  korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego ( komputer stacjonarny lub  mobilny oraz współpracujących z nim urządzeń i dedykowanego oprogramowania ),  wynikająca ze schorzeń  o różnej etiologii ( m. in. porażenia mózgowego, chorób  neuromięśniowych )

Ewentualne uwagi : ...................................................................................................................................

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

miejscowość: …………………………… dnia ……………… ...............................................

pieczątka i podpis lekarza specjalisty