

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

.....dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elblągu
– dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w
ramach obszaru B, Zadanie 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz
oprogramowania

**Osoby mające znaczny stopień niepełnosprawności, osoby do 16 r.ż. posiadające dysfunkcję obu
kończyn górnych**

1. Imię i nazwisko Pacjenta:.....

2. PESEL:.....

3. Informacja o stanie zdrowia:	
a) Pacjent posiada dysfunkcje narządu ruchu: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Niepełnosprawność ruchowa dotyczy: <input type="checkbox"/> wrodzony brak obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia <input type="checkbox"/> amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia <input type="checkbox"/> dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe) <input type="checkbox"/> żadna z opisanych powyżej dysfunkcji narządu ruchu w zakresie obu kończyn górnych - nie występuje pieczętka, nr i podpis lekarza
c) Występująca dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń (stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) o charakterze: <input type="checkbox"/> neurologicznych (10-N) <input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C) <input type="checkbox"/> innych (jakich) pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)