*Załącznik nr 5b dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

Obszar B Zadanie 1

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **.............................., dnia**

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .............................................................................................. .................................................................................................................................................................................................

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

**5.** Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

 *Załącznik nr 5c dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

 Obszar B Zadanie 1, Zadanie 3

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..………………………, dnia**

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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 narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do: ................................ stopni

w oku prawym do: .............................. stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: ....................................................................

w oku prawym wynosi: ..................................................................

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

………………………..dnia .............. ...............................................

 pieczątka, nr i podpis lekarza

*Załącznik nr 5b dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

Obszar B Zadanie 4

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..………………………, dnia**

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

 b) Pacjent jest osobą głuchoniemą:

tak nie

 c) Pacjent jest osobą z dysfunkcją narządu słuchu:

ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu w granicach 70 dB – 90 dB

 ubytek słuchu powyżej 90 dB (głuchota w stopniu głębokim)

 d) Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

 tak nie

………………………..dnia .................. ..................................................

 pieczątka, nr i podpis lekarza