

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

....., dnia

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 pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

dysfunkcja obu kończyn górnych (w przypadku Obszaru B Zadanie 1) – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim wydanym przez lekarza specjalistę: wrodzony brak lub amputację obu kończyn dolnych – co najmniej w obrębie przedramienia , a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe)

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

....., dnia

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

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

.....dnia

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

dysfunkcja narządu wzroku (w przypadku Obszaru B Zadanie 1) – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia **o znacznym** stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:

- a) gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, **ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,**
- b) osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, **ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,**

dysfunkcji narządu wzroku (w przypadku Obszaru B Zadanie 3) – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia **o umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – także dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza okulistę;

osoba niewidoma – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z dysfunkcją narządu wzroku, o której mowa powyżej, z tym, że w przypadku:

- a) osoby posiadającej znaczny stopień niepełnosprawności, **ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni,**
- b) osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia, **ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni,** co musi wynikać z zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza okulistę

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

....., dnia

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:

w uchu lewym ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu powyżej 70 dB

w uchu prawym ubytek słuchu poniżej 70 dB

ubytek słuchu powyżej 70 dB

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

tak nie

.....dnia

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

dysfunkcji narządu słuchu (w przypadku Obszaru B Zadanie 4) – należy przez to rozumieć dysfunkcję słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia **o znacznym lub umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu lub wniosek w Obszarze B Zadanie 4 dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do lat 16 – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;