

**Aktywny Samorząd Moduł I - Obszar B Zadanie 1, Obszar B Zadanie 4 -  
dysfunkcja obu kończyn górnych lub dysfunkcja słuchu**



Stempel zakładu opieki zdrowotnej /praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”  
( **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim** )

**Imię i nazwisko** .....

Data urodzenia..... PESEL .....

1. Rodzaj choroby zasadniczej:

.....

.....

**Pacjent wymaga** (\*proszę właściwe zaznaczyć znakiem X)

**pomocy w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania**

tak ☐ \*

nie ☐ \*

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....

.....

2. Informacje dotyczące dysfunkcji:

<p><b>1) dysfunkcja narządu ruchu</b></p> <p><input type="checkbox"/> * dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie <b><u>obu kończyn górnych</u></b> w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii ( m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)</p> <p><input type="checkbox"/> * wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia</p>	<p><i>pieczętka i podpis lekarza specjalisty</i></p>
---	--

Aktywny Samorząd **Moduł I - Obszar B Zadanie 1, Obszar B Zadanie 4 -**  
**dysfunkcja obu kończyn górnych lub dysfunkcja słuchu**

<p><b>2) dysfunkcja narządu słuchu</b></p> <p>Stwierdza się ubytek słuchu <b>powyżej 70 decybeli (db)</b> w uchu lepszym</p>	<p><i>pieczętka i podpis lekarza specjalisty</i></p>
--	--

dnia ..... ..

*pieczętka i podpis lekarza specjalisty*