

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim -

1. Imię i nazwisko (Pacjenta)

.....
PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego.

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta

