

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**na potrzeby umowy „1% podatku” 2020 rok**

|                     | DANE CHOREGO   | DANE LEKARZA |
|---------------------|----------------|--------------|
| <b>Imię:</b>        | .....          | .....        |
| <b>Nazwisko:</b>    | .....          | .....        |
| <b>Adres:</b>       | .....<br>..... | X            |
| <b>PESEL:</b>       | .....          |              |
| <b>Nr PWZ:</b>      | X              |              |
| <b>Specjalność:</b> |                | .....        |

Zaświadczam, iż pacjent, którego dane widnieją powyżej, choruje na MND (*Motor neuron disease G12.2 wg WHO ICD-10*) czyli: SLA, PLS, PMA lub PBP. Pacjent przebywa w domu i prawdziwy jest wobec niego co najmniej jeden z poniższych opisów (*zaznaczyć te, które dotyczą chorego – MUSI BYĆ ZAZNACZONY CO NAJMNIJ JEDEN OPIS*):

- uzyskał wynik oceny jego stanu wg skali Barthel w granicach 0 - 20 pkt,
- wymaga wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej,
- jest odżywiany enteralnie,
- żaden z powyższych.

Oświadczam, że:

- wiem, iż MND to inna choroba niż miastenia, rdzeniowy zanik mięśni, dystrofia mięśniowa i pozostałe neurologiczne choroby powodujące zaburzenia ruchowe,
- jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, czyli przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego. KAŻDY dokument lekarski jest chroniony tym artykułem KK.

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis

*Uwaga! Prosimy o czytelne wypełnienie zaświadczenia. Nieczytelnie wypełnione nie zostanie uznane przez stowarzyszenie Dignitas Dolentium!*