

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE na potrzeby programu  
„Pomocna dłoń” XVI edycja**

DANE CHOREGO:		DANE LEKARZA:
<b>Imię</b>		
<b>Nazwisko</b>		
<b>Adres</b>		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 od 0 do 20 pkt,
- wymaga wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej,
- jest odżywiany enteralnie.

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)

.....  
(podpis i pieczętka)

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