

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

	DANE CHOREGO	DANE LEKARZA
Imię:
Nazwisko:
Adres:	X
PESEL:	
Nr PWZ:	X	
Specjalność:	

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.

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!