

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE na potrzeby umowy „1,5 % podatku”

	DANE CHOREGO:	DANE LEKARZA:
<b>Imię</b>	.....	.....
<b>Nazwisko</b>	.....	.....
<b>Adres</b>	..... ..... ..... .....	X
<b>PESEL</b>	.....	
<b>nr PWZ (prawa wykonywania zawodu)</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 Polsce 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,
- 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)

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć)

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