

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE na potrzeby programu
„Pomocna dłoń” XIII 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!