

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

....., dnia lub

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy :

proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą

<input type="checkbox"/>	Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu w zakresie:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu kończyn górnych i jednej kończyny dolnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej kończyny górnej i jednej kończyny dolnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Braku obu kończyn górnych/dolnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznego niedowładów obu kończyn górnych/dolnych, objawiającego się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętąka, nr i podpis lekarza specjalisty