

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - **prosimy o wypełnienie czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta (opis).....

.....

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenia 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"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	Pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	Pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	Pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	Pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, Na wysokości/ od:.....	Pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	Pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	Pieczętą, nr i podpis lekarza