

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 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 pieczętką**)

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych (dysfunkcja polega na:	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych (dysfunkcja polega na:	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych (dysfunkcja polega na:	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej (dysfunkcja polega na:	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, Na wysokości/ od	Pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: Proszę <u>uzupełnić uważnie</u> (np. umiejętności chwytania przedmiotów, pisania na klawiaturze, używania myszy komputerowej, zakres spastyki)	Pieczątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	Pieczątką, nr i podpis lekarza

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczątką i podpis lekarza specjalisty