

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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 pieczętką**):

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu kończyn górnych (wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty