

....., dnia .....

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (05-R)**

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	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Brak lub znaczny niedowład obu kończyn górnych, .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak lub znaczny niedowład obu kończyn dolnych: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., **dnia** .....

*Miejscowość, data*

.....

*pieczętka, nr i podpis lekarza*