……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia ……..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczątką***):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze *(wypełnić o ile dotyczy)*: 1) ☐ neurologicznym (10-N) 2) ☐ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C) 3) ☐ innych (jakich)……..… i stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym ☐ tak ☐ nie	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

....., dnia ....……..... . .....…….....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza