



.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

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

**- w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, potwierdzające iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu**  
*- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia:** .....

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 pieczęcią):**

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja kończyn (których?): .....	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja narządu ruchu: .....	pieczęć i podpis lekarza

....., dnia .....r.,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę