

.....
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

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Pacjent posiada dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych: tak nie

Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,

tak nie

zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,

tak nie

korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),

tak nie

korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,

tak nie

nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty