

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”, Moduł I, Obszar A, zadanie 1

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr 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 pieczętką):**

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

....., dniar.,
 (miejscowość) (data)

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

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę