

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

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

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”, Moduł I, Obszar A, zadanie 2

**- 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

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

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

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