

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, Moduł I, Obszar C, zadanie 5
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr 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:

ma możliwość nie ma możliwości

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

stanowią nie stanowią

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

wskazane nie wskazane

Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

nie wpłynie wpłynie

Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania:

nie ma przeciwwskazań są przeciwwskazania

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty