

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

.....dnia.....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL.....
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
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 i potwierdzić pieczętką):

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
Inne schorzenia:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza