

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....,
data

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
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 oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

<input type="checkbox"/>	* Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych (dotyczy obszaru B-1 wniosku)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja czterokończynowa	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk i jednej nogi	pieczętą, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej ręki i jednej nogi	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru B-1 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak jednej kończyny górnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak jednej kończyny dolnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia, których następstwem jest dysfunkcja narządu ruchu:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)
pieczętka, nr i podpis lekarza

* Dysfunkcja warunkująca uczestnictwo w programie