

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

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

**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL .....

3. Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania 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, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja kończyn (których?).....	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)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza