

....., dnia

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)

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):.....

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne
potrzeby w tym zakresie:.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność

Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych (obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii, m.in. porażenia mózgowę, choroby neuromięśniowe)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych, lub amputacja obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia) na wysokości/od:	pieczętąka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza