

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji adekwatnej rodzaju niepełnosprawności

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 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"/> | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....                       | pieczętka, 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 .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza