

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

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 Pacjenta: _____
3. Pacjent korzysta obecnie z zaopatrzenia ortopedycznego: - NIE, - TAK, w zakresie:

4. Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim: - NIE, - TAK, jakim:
5. 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"/>	Brak obu kończyn dolnych, 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"/>	Znaczny niedowład obu kończyn dolnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia (jakie?):.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Osoba niepełnosprawna z dysfunkcją narządu ruchu, która jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, np. o charakterze neurologicznym lub całościowych zaburzeń rozwojowych: NIE, TAK

Miejscowość:, dnia:

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza