

.....  
 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