

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętą):

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