

.....
 Pieczęć placówki ochrony zdrowia
 praktyki lekarskiej

....., dnia lub

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
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 opatrzonym pieczęcią):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia :.....	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ