

Miejscowość, dnia

.....
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
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"/> | Brak obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak jednej kończyny dolnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia: | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)