

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

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 (m.in. amputacje, porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe – **dokładna charakterystyka schorzenia, w tym opis sposobu poruszania się**):

.....
.....

4. Zakres obniżenia sprawności ruchowej w obrębie kończyn dolnych:

lekki umiarkowany znaczny

5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie (m.in. wózek inwalidzki o napędzie ręcznym/elektrycznym, balkonik, kule, protezy itp.):

.....
.....

6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg polegająca na :	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg polegająca na:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk polegająca na:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki polegająca na:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej lub obu rąk polegająca na:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej lub obu nóg polegająca na:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:	pieczętąka, nr i podpis lekarza

.....
(data)

.....
(pieczętąka i podpis lekarza specjalisty)