

....., dnia .....

.....  
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

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (05-R)**

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"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych wynikających ze schorzenia o różnej etiologii: <input type="checkbox"/> choroby neuromięśniowe, <input type="checkbox"/> porażenie mózgowe, <input type="checkbox"/> inne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza