

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez lekarza specjalistę 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 i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
<input type="checkbox"/>	Schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Innych schorzeń, jakich?:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
 pieczętka, nr i podpis **lekarza specjalisty**