

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL .....

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta

(opis): .....

.....  
Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz  
ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....  
.....

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