

.....
Stempel 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
 (miejscowość) (data)

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