

.....
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 pieczętą**):

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

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętąka, nr_ i podpis **lekarza specjalisty**