

.....
 Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku 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. Pacjent korzysta z zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i/lub sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole „X” oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

	Dysfunkcja narządu ruchu	Pieczętka, nr i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
	Schorzeń o charakterze neurologicznym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
	Całościowych zaburzeń rozwojowych	Pieczętka, nr i podpis lekarza
	Innych schorzeń, jakich.....	Pieczętka, nr i podpis lekarza
	Brak dysfunkcji narządu ruchu	Pieczętka, nr i podpis lekarza