 

**Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” obszar A zadanie 2 oraz 3**

.........................................................

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***

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 pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, nr i podpis lekarza |

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

 (**miejscowość** ) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza