

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

..... dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis ze wskazaniem posiadanych trudności):

.....
.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę wypełnić właściwe rubryki**)

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka i podpis lekarza
--------------------------	---	----------------------------