

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, potwierdzające iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Schorzenia pacjenta powodują dysfunkcję narządu ruchu (opis jednostki chorobowej)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenia pacjenta nie powodują dysfunkcji narządu ruchu (opis jednostki chorobowej)	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza