

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb 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. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia(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 jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):**

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia20.....r.

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza