

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

Choroby współistniejące:

.....
.....

Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- tak
 nie

Występująca u pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

- neurologicznym
 całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
 innych (jakich):

.....
.....

Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- Jednej kończyny dolnej
 Obu kończyn dolnych
 Jednej kończyny górnej
 Obu kończyn górnych
 Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim
 Inne (jakie):

.....
.....

....., dnia

(**miejsowość**)

.....
pieczętka, nr. i podpis lekarza specjalisty