

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(Lekarz specjalista – od narządu ruchu)

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

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

.....

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

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

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol: 10-N) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol: 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem i pieczęcią osoby dokonującej skreśleń i poprawek.