

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (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 właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład / brak obu kończyn górnych (opis schorzenia i ograniczeń):.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład / brak obu kończyn dolnych (opis schorzenia i ograniczeń)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

Stan zdrowia i dysfunkcja narządu ruchu osoby niepełnosprawnej wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby niepełnosprawnej stanowią poważne utrudnienia w jej samodzielnym funkcjonowaniu	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania	

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza