



Załącznik nr 2a do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**Moduł I Obszar B Zadanie nr 1**

.....  
**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                                                                   | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych                                                                | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych                                                                | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej                                                             | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak obu kończyn górnych, na<br>wysokości/od:.....                                                                                 | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, w stopniu znacznie<br>utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu<br>elektronicznego | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne<br>schorzenia:.....                                                                                                           | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka nr i podpis lekarza