

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

.....  
**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 pieczętką)**

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
Znaczny niedowład obu kończyn górnych, w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka, nr i podpis lekarza
Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka nr i podpis lekarza