

*Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach
pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
MODUŁ I, obszar A, zadanie 2*

.....

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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, objawiający się:	pieczętka, nr i podpis lekarza

Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
-----------------------	--------------------------------

Czy następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia (np. o charakterze neurologicznym – symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: 12-C) jest dysfunkcja narządu ruchu.

tak

nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza