

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu

Tak

Nie

4. Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (*należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności*):

5. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym (10-N)

całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

innych, jakich

6. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest podstawą wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności:

Tak

Nie

7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania 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
--------------------------	--	--------------------------------

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

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)