

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej,  
praktyki lekarskiej lub poradni specjalistycznej

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(lekarz specjalista)

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”  
wydane nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**  
- należy uzupełnić wszystkie punkty zaświadczenia

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....  
.....  
.....
4. Rozpoznanie: .....  
.....  
.....  
.....
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....  
.....  
.....
6. Czy rodzaj schorzenia/niepełnosprawności ma charakter stały : ☐ tak ☐ nie
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych (wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie <b>obu kończyn górnych</b> , wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej kończyny górnej	pieczętka, nr 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"/>	Dysfunkcja jednej kończyny dolnej	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 wysokości/od:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

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

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty