……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia……

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez **lekarza specjalistę** 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 potrzebyw tym zakresie:
   .....
   .....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	Dysfunkcja narządu ruchu	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
☐	Schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
☐	Całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
☐	Innych schorzeń, jakich?:..... ……	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
☐	Brak dysfunkcji narządu ruch	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**

……

pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**