

.....
*Pieczęć 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. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Numer PESEL
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
6. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta:

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia (np. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe, inne):

.....
(miejsowość i data)

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