

.....  
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)

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