

.....
 Stempel 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. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz
 ewentualne potrzeby w tym zakresie:

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: (proszę
 zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu ☐ : Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg ☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg ☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk ☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki ☐ Dysfunkcja obu rąk ☐ Dysfunkcja obu nóg ☐	pieczętka, nr i podpis lekarza
Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się ☐	pieczętka, nr i podpis lekarza
Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym ☐	pieczętka, nr i podpis lekarza
Inne :	

.....
 data

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza