

.....
[Stempel] zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

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. Rozpoznanie choroby zasadniczej 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 niepełnosprawność Pacjenta stanowiąca podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

Przyczyna niepełnosprawności pacjenta wynikająca z orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności			
<input type="checkbox"/>	01-U - upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/>	02-P - choroby psychiczne
<input type="checkbox"/>	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/>	04-O - choroby narządu wzroku
<input type="checkbox"/>	05-R - upośledzenie narządu ruchu	<input type="checkbox"/>	06-E - epilepsja
<input type="checkbox"/>	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/>	08-T - choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/>	09-M - choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/>	10-N - choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/>	11-I - inne, w tym: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia,	<input type="checkbox"/>	12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe
			pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Nastęstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu: tak nie

7. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej kończyn dolnych kończyny górnej kończyn górnych

inne (jakie):

8. Stwierdza się, że Pacjent jest osobą poruszającą się:

na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna na wózku inwalidzkim samodzielnie

wyłącznie przy pomocy kul lub balkonika samodzielnie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr. i podpis lekarza