

















.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
**lub praktyki lekarskiej**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE <sup>1</sup>**

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,  
 wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd” -  
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL           
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia(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 dotyczy (**proszę zakreślić jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Inne schorzenia:..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....20.....r.

(miejsowość)

(data)

.....  
 pieczętka, nr, i podpis lekarza