

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:
 - ☐ tak
 - ☐ nie
4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:
 - ☐ neurologicznym (10-N)
 - ☐ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
 - ☐ innych (jakich):

.....
I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

 - ☐ tak
 - ☐ nie
5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:
 - ☐ kończyny dolnej
 - ☐ kończyny górnej
 - ☐ kończyn dolnych
 - ☐ kończyn górnych
 - ☐ inne (jakie):
6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu (wpisać jakiego).....
.....

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)