

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....  
.....

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

.....

**4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

|                          |  |                                |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki                                      | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia                             | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia                                 | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda                                     | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym   | pieczętka, nr i podpis lekarza |