

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza
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)
 narządu ruchu (05-R)
 inne (jakie?)

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 i dolnych
 inne (jakie):
.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do ubiegania się do prawa jazdy. tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

(pieczęć, nr i podpis lekarza)

