

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę

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. Następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu ☐ tak ☐ nie

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętąka, nr i podpis lekarza